

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} décembre 1886, à une heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

Arthur LÉONARD

DE L'HYSTÉRIE

PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

Président, M. le professeur TARNIER.

Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
TERRILLON, agrégé.
BUDIN, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement public.*

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} décembre 1886, à une heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

Arthur LÉONARD

DE L'HYSTÉRIE

PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

Président, M. le professeur TARNIER.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
TERRILLON, agrégé.
BUDIN, agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement public.*

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.	
Professeurs		MM.
Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BECLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		} PETER.
		DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....		} GUYON.
		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		DUPLAY.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....		TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....		VULPIAN.
		} G. SEE.
Clinique médicale.....		HARDY.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		} RICHET.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....		TRELAT.
		LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchements.....		PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	LUTZ.	RIBEMONT-
BOUILLY.	GUEBHARD.	PEYROT.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANOT.	POUCHET.	RICHET.
CHARPENTIER.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN Albert.
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
chef des tra-	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
vaux anato-	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
miques.	LANDOUZY.	REYNIER.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TARNIER

Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien en chef de la Maternité.

DE L'HYSTÉRIE

PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

INTRODUCTION

La grossesse, bien qu'elle soit un état purement physiologique, devient quelquefois cependant la source de troubles fonctionnels plus ou moins sérieux, qui ne peuvent plus être considérés alors comme de simples épiphénomènes de la gestation, mais tombent dans le domaine véritable de la pathologie.

Ces troubles fonctionnels sont très variés, peuvent intéresser tous les divers systèmes de l'économie: C'est l'éclampsie, c'est la fièvre puerpérale, qui était autrefois la terreur des femmes en couches, mais qui à présent est heureusement fort rare, grâce à l'antisepsie rigoureuse dont on fait usage aujourd'hui dans la pratique obstétricale, comme dans le domaine de la pratique chirurgicale, c'est la chorée, c'est l'épilepsie, etc., etc.

Une foule de travaux ont été publiés sur ces différents sujets.

Mais quand on aborde l'étude des rapports qui peuvent exister entre l'hystérie, et deux des grands épisodes physiologiques de la vie sexuelle de la femme, la grossesse et l'accouchement, quand on se demande si la grossesse et le tra-

vail peuvent contribuer, pour une très large part à la production de l'hystérie et à plus forte raison, réveiller l'hystérie endormie, on est profondément surpris qu'aucun travail d'ensemble n'ait été fait sur ce point de la pathologie de la grossesse.

Dans la plupart des ouvrages consacrés à l'hystérie, dans les différentes monographies et thèses que nous avons consultées, dans les articles de dictionnaires, dans la littérature allemande et anglaise, on ne trouve çà et là que quelques lignes ayant trait au sujet qui nous occupe, il existe en outre peu de faits cliniques ; c'est ce qui résulte des recherches bibliographiques auxquelles mon cher ami Desaintquentin et moi nous nous sommes livrés. Aussi ai-je essayé de combler cette lacune regrettable en présentant ce travail comme sujet de ma thèse inaugurale. Après avoir fait l'historique de mon sujet, je traiterai de l'hystérie pendant la grossesse ; j'étudierai ensuite l'hystérie pendant le travail.

Après avoir établi mon diagnostic, je consacrerai un cinquième et dernier chapitre au traitement.

Arrivé au terme de mes études médicales, je suis heureux de pouvoir offrir la juste tribut de ma gratitude à mes maîtres dans les hôpitaux, qui m'ont initié à la médecine et à la chirurgie.

Que MM. Marchand, Nicaise, Richet, Lancereaux, Luys, Germain-Sée et Gérin-Roze, reçoivent le témoignage public de ma profonde reconnaissance.

Je prie MM. Hallopeau et Ferrand, dans les avis et la sympathie desquels j'ai trouvé toujours un guide et un soutien précieux, de recevoir ici un faible hommage de ma gratitude.

Que mes chers maîtres MM. Maygrier et Bar, accoucheurs des hôpitaux, me permettent de leur exprimer ma plus vive reconnaissance pour leurs conseils éclairés, et l'amitié qu'ils m'ont témoignée en maintes circonstances.

Je remercie MM. Buuin, Pinard et Porack, pour les observations qu'ils m'ont communiquées, avec tant d'obligeance.

Je ne saurais oublier M. le Dr Landolt, chirurgien oculiste, dont je m'honore d'avoir été l'élève.

A mon cher ami Desaintquentin qui m'a aidé dans mes recherches bibliographiques, j'offre mes remerciements et mes meilleurs sentiments d'amitié confraternelle.

J'exprime enfin toute ma reconnaissance à M. le professeur Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité, membre de l'Académie de médecine, d'avoir bien voulu accepter la présidence de ma thèse.

CHAPITRE I.

HISTORIQUE

Dans le sujet que je vais traiter, les auteurs se sont exprimés de façons différentes, variant selon les besoins de la théorie qu'ils mettaient en avant et selon les hasards que produit parfois l'observation elle-même.

D'après les anciens auteurs, c'est la continence qui est la cause de l'hystérie. Cette opinion est générale chez les gens du monde, et dans les maisons religieuses, l'hystérie est regardée comme indiquant peu de vocation pour le célibat.

Pour Loyer-Villermay (Traité des maladies nerveuses, 1815), la grossesse ne paraît pas incompatible avec des convulsions hystériques ; mais celles-ci sont dues à une cause morale.

Georget (Dict. de méd. en 30 volumes, t. XVI) dit, qu'on a noté quelques exemples d'attaques hystériques survenues, pendant la grossesse et l'accouchement.

Brachet, (Traité de l'hystérie, 1847), donne deux observations de ce genre.

D'après Landouzy (Traité complet de l'hystérie, 1848), l'hystérie peut naître ou augmenter au début de la grossesse, mais elle disparaît presque toujours dans les derniers mois.

Selon Briquet de Lyon (Traité clinique et thérapeutique

de l'hystérie, 1859), l'uterus n'est pour rien dans les accidents hystériques qui se produisent pendant la grossesse, et ceux-ci dépendent plus des conditions morales dans lesquelles se trouve la femme en ce moment que de toute autre chose.

Axenfeld (Traité de névroses, 1863), se range à cet avis; mais il me paraît se contredire, quand plus loin, il ajoute que toute cause qui contribue à augmenter l'état anémique des malades, peut amener l'hystérie chez ces dernières lorsqu'elles sont en état d'imminence morbide hystérique (V. plus loin, modification du sang pendant la grossesse.)

Dans le dictionnaire Jaccoud, à l'article chorée, il est dit que la grossesse peut favoriser par l'altération du sang et la susceptibilité nerveuse qu'elle suscite le développement de toutes les névroses.

En résumé, pour les uns la grossesse produit l'hystérie, ou, du moins, peut favoriser sa production — pour les autres, si l'hystérie se développe quelquefois pendant la grossesse ; elle n'en est pas moins due dans ce cas, comme dans les autres, à une cause morale.

CHAPITRE II.

HYSTÉRIE PENDANT LA GROSSESSE

§ I. — La grossesse peut-elle produire l'hystérie.

Bien qu'il existe souvent des antécédents héréditaires, quoique la première attaque d'hystérie soit arrivée le plus souvent à la suite d'une émotion morale plus ou moins vive, je crois cependant que la grossesse doit entrer en sérieuse ligne de compte dans la production de ces accès, et cela pour des raisons d'ordre anatomique et hématologique.

— Raison d'ordre anatomique.

1° Dans un congrès international des sciences médicales à Londres le docteur Graily Hewit donna lecture d'un travail intitulé : *De la cause excitante des attaques hystériques*. D'après lui, les attaques sont dues à une anteflexion ou retroflexion de l'utérus ; de là, irritation reflexe produite par la compression et la tension des tissus utérins, le corps de la matrice étant courbé sur le col, à l'angle de flexion. A l'appui de cette opinion, il cite 14 cas observés : le redressement de l'utérus supprima complètement les attaques d'hystérie.

Pendant la grossesse la situation de l'utérus change également ; l'utérus s'élève et s'incline quelquefois en arrière dans les deux premiers mois de la grossesse. En continuant à croître dans la cavité abdominale, il se dejeté en arrière

si la paroi abdominale est résistante, en avant dans le cas contraire. En outre, il y a une inclinaison latérale (droite généralement) et un mouvement général de rotation sur son axe de telle sorte que la face ant. tourne à droite et la post. à gauche. (Tarnier).

2° La pratique du cathéterisme utérin dévoile quelquefois pendant l'état de vacuité une grande sensibilité ; on a vu en effet l'introduction de l'hystéromètre être suivie d'accidents nerveux. Les mouvements de l'enfant causent souvent des douleurs ; dans la version, l'utérus est douloureusement impressionné par le contact de la main ; enfin pendant le travail et l'accouchement, les contractions utérines provoquent des douleurs extrêmement vives. Pendant la grossesse, la sensibilité de la matrice est donc accrue. En effet, les nerfs de l'utérus subissent alors un développement considérable. Robert Lée, dit avoir vu de larges bandes nerveuses au-dessous de la tunique séreuse dans l'épaisseur du muscle utérin, les nerfs, d'après Remak, augmenteraient de volume et prendraient une couleur grise due au plus grand nombre des fibres à noyaux. Kölliker lui-même croit à la multiplication des extrémités terminales des nerfs. Cette richesse nerveuse explique pourquoi chez certaines femmes la moindre influence détermine la contraction utérine et l'avortement.

Cette organisation nerveuse locale si remarquable doit forcément entraîner une excitation dans tout le système nerveux.

Personne, en effet, ne contestera que par cette seule raison même, la femme grosse est plus prédisposée aux troubles nerveux ; elle est plus éprouvée par les émotions morales parce qu'elle est rendue plus sensible aux impressions extérieures.

— Raisons d'ordre hématologique :

D'après Beau, la matrice modifiée par le produit de la conception exerce dès le début de la grossesse une influence sympathique sur les fonctions digestives et donne lieu à des symptômes dyspeptiques ; l'altération des fonctions digestives produit assurément un défaut de nutrition et celle-ci étant insuffisante chez une femme qui doit fournir les matériaux nécessaires au développement de l'enfant, il en résulte bientôt une diminution plus ou moins notable des globules sanguins.

Pendant la grossesse, en effet, le chiffre des globules diminue : de 127 grammes pour 1000, il descend en moyenne à 111,8. Les globules blancs augmentent (cette leucocytose est d'après notre maître M. G. Sée un caractère du sang puerpéral), — le sérum est augmenté : de 791,1 pour 1000, il monte à 801,6 (Andral et Gavanet) — l'albumine diminue un peu ; la fibrine diminue pendant les six premiers mois pour augmenter ensuite.

Dans la grossesse, il y a donc aglobulie et d'après M. G. Sée toutes les aglobulies se traduisent par des troubles nervo-musculaires.

Du reste, les modifications du sang des femmes enceintes sont à peu près celle des chlorotiques et parmi les troubles nerveux qu'engendre la chlorose, il en est un grand nombre qui appartient à l'hystérie : tels sont la céphalalgie intense, le clou hystérique, les cauchemars, les tendances au suicide, la folie confirmée. De même qu'il y a des paralysies d'ordre hystérique, Sandras rapporte divers exemples de paralysies produites par la chlorose (paraplégie, paralysie faciale, paralysie générale sans aliénation mentale).

L'hémiplégie chlorotique a été signalée en 1846 par Pute-gnut. Aussi Sydenham classait la chlorose parmi les hystéries. Trousseau et Pidoux ont dit également que l'hystérie était une sorte de chlorose.

La grossesse devient donc susceptible par la révolution qu'elle produit dans l'économie de faire naître l'hystérie ou du moins elle prépare un terrain propre à son développement ; elle joue le rôle de cause éminemment prédisposante, car, grâce à elle, le système nerveux est devenu très impressionnable : aussi à la moindre cause occasionnelle, cause souvent très légère et qui eût été insuffisante pour une femme non prédisposée, on voit apparaître l'accès hystérique ; alors la maladie va éclater à la suite de la peur, de la joie, d'un amour trahi, des revers de fortune, d'une altercation, d'une chute et même sans l'intervention d'une cause occasionnelle appréciable. L'état de grossesse suffit, sans autre cause occasionnelle.

Toutefois, on ne peut rapporter complètement à la gestation tous les accidents nerveux qui peuvent arriver pendant la grossesse indépendamment de l'état utérin : voilà pourquoi une impression morale va produire ici une syncope, là un accès d'épilepsie, plus loin un accès d'hystérie ou de chorée.

Mais il est des faits tellement précis qu'il ne peuvent nullement mettre en doute l'influence de la gestation : qu'une jeune femme jusqu'alors garantie contre les bruyantes convulsions nerveuses devienne enceinte et tombe en attaques de nerfs ; qu'une cause morale soit souvent invoquée et soit même la seule saisissable, c'est possible ; mais il convient aussi de penser à la grossesse, car l'économie, comme

je l'ai dit, a subi des transformations suffisantes pour qu'on y reconnaisse le corps du délit.

Pourquoi du reste refuser à la grossesse le droit de pouvoir donner naissance à l'hystérie puisque cette névrose se rencontre encore lorsque les règles s'établissent, se suppriment ou qu'il y a dysménorrhée (1). La puberté et la grossesse sont les deux grandes périodes de la vie génitale de la femme et toutes les deux impriment à l'organisme des modifications profondes. La menstruation, au surplus, est une sorte d'accouchement, un accouchement en miniature comme on l'a dit, car il y a ponte de l'ovule, exfoliation de la muqueuse interne, etc. Mais je ne veux pas baser mon travail sur des théories ; des raisonnements ne sauraient sans doute être concluants si l'observation ne venait à leur appui. Aussi ai-je tenu à réunir dans cette thèse le plus grand nombre possible d'observations.

Si la grossesse peut produire l'hystérie de toutes pièces, elle peut à plus forte raison ramener cette névrose. Les faits, du reste, viennent confirmer ces prévisions théoriques comme le prouvent les observations suivantes :

OBSERVATION I.

Hystérie à 17 ans, lors de l'établissement de la menstruation. Diminution des accès au fur et à mesure que les règles deviennent plus abondantes. Mouvements paroxystiques pendant six grossesses, au début et lors de la cessation critique des menstrues.

(Landouzy, obs. 317).

(1) Académie de médecine (séance du 20 septembre 1881). Briquet lit un travail intitulé « De la prédisposition à l'hystérie » ; sur un ensemble de 42 femmes devenues hystériques à la suite de troubles de la menstruation, il s'en est trouvé 31 chez qui l'hystérie s'est dissipée aussitôt après la réapparition des menstrues.

OBSERVATIONS II.

Hystérie à 17 ans, époque de la première menstruation (dysménorrhée), disparition des accès dès l'établissement des règles. Paroxysmes au début de cinq grossesses. Hallucinations, aphonie, etc.

(Landouzy, Obs. 338.

§ II. — Hystéro-épilepsie

L'hystérie peut se présenter pendant la grossesse sous forme d'accès convulsifs qui se composent de trois périodes :

1^e période : période épileptoïde (phase tonique).

2^e période : période de contorsion et des grands mouvements (Clonisme) délire.

3^e période : des pleurs et des rires terminent l'accès. Toutes les complications possibles d'ordre hystérique peuvent accompagner cette variété d'hystérie, appelée hystéro-épilepsie.

L'attaque n'est pas toujours simple, elle est souvent composée de plusieurs paroxysmes séparés par des rémissions de quelques minutes de durée ; c'est alors que l'attaque dans son ensemble peut durer 4 à 7 h. (Voyez obs. VIII), ce qui constitue l'état du mal hystéro-épileptique de Charcot qu'on ne confondra pas avec l'état du mal épileptique, car il n'élève pas comme lui la température.

L'hystéro-épilepsie peut se rencontrer au début d'une première grossesse, et les attaques qui se renouvellent tous les trois ou quatre jours au début deviennent de plus en plus espacées ; dans d'autres cas elle apparaît pour la première fois

à la fin de la première grossesse. Une femme qui n'a jamais présenté rien de particulier au point de vue de l'hystérie pendant ses premières grossesses peut avoir des attaques hystéro-épileptiques dans les grossesses suivantes. Il semble donc que la grossesse a le privilège chaque fois qu'elle se renouvelle, d'imprimer une plus grande excitabilité au système nerveux.

La grossesse peut avoir une marche aussi régulière que dans les autres grossesses ; il n'en est pas moins vrai que souvent la femme n'arrive pas à son terme (avortement, accouchement prématuré).

Dans des cas tout-à-fait exceptionnels, les attaques par leur fréquence et leur sévérité peuvent affaiblir tellement la patiente qu'on peut s'attendre à la voir mourir ; on a vu l'hystérie pendant la phase convulsive amener la mort.

L'hystéro-épilepsie crée à l'enfant une situation des plus dangereuses : il peut naître avant terme, mourir peu de temps après l'accouchement ; alors même qu'il soit à terme, il est souvent faible et chétif, sa nutrition ayant souffert.

Les statistiques de Briquet tendraient à établir que le plus grand nombre des enfants issus d'hystériques meurent avant d'arriver à 20 ans ; au surplus ils peuvent devenir épileptiques, maniaques, idiots, et hystériques eux-mêmes.

OBSERVATION III

Hystéro-épilepsie développée pendant la grossesse ; hémiplegie, hémianesthésie générale et sensorielle ; fausse épilepsie jacksonnienne, ovaralgie, hypnotisme, délire et attaque d'hystérie pendant le travail de l'accouchement.

(Observation personnelle.)

Treuchet A..., 26 ans, journalière, entre le 15 avril 1886, à

L'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Geneviève, lit n° 12, service de M. le Dr Gérin Roze.

A. H. — Père, 62 ans, bien portant, non nerveux.

Eczéma, depuis l'âge de six semaines, qui occupe tantôt les mains, tantôt les jambes.

Mère, 58 ans, très nerveuse, pleure et rit facilement, perd souvent connaissance, a eu des attaques étant jeune (depuis quelques années ces accidents sont beaucoup plus rares, ils ne se sont pas reproduits depuis six mois), hémiplegie gauche depuis cinq ans.

Deux frères, bien portants, non nerveux ; un de 17 ans, un de 22 ans, soldat.

Deux sœurs, 31 ans et 20 ans, très nerveuses.

L'aînée est moins emportée, ne perd jamais connaissance.

La plus jeune a souvent des attaques avec perte de connaissance et raideur des membres. Quand elle revient à elle, elle rit aux éclats ou pleure. — Ces phénomènes se reproduisent depuis trois ans.

Rien d'héréditaire du côté des grands parents (père). Le père de sa mère, mort accidentellement, n'était point emporté, la mère de sa mère, morte à la suite d'une opération césarienne, se mettait facilement dans les plus vives colères.

Il y a donc hérédité nerveuse du côté mère et grand'mère.

Ses deux sœurs présentent aussi le cachet nerveux.

Ses deux frères, comme le père, ne s'irritent point sans motif sérieux.

A. P. — Rougeole à l'âge de 7 ans.

Hydarthrose dans le genou droit il y a huit ans (six mois de durée).

Depuis ce temps, elle se ressent de temps en temps de douleurs vagues dans cette région.

Réglée à 11 ans, régulièrement, 4 jours de durée, sang rouge et abondant.

Mariée depuis neuf ans ; elle n'a eu ses règles qu'une fois depuis ce temps, car elle est à sa dixième grossesse depuis son mariage.

Arthur.

Première grossesse : Neuf mois et cinq jours après son mariage.

Sommet, suite de couches normales.

Enfant mort de convulsions.

Retour de couche, puis les règles sont pour toujours suspendues.

Deuxième grossesse : Est accouchée onze mois après.

Sommet, suite de couches normales.

Enfant mort du croup.

Troisième grossesse : Cinq mois après sa dernière couche.

Fausse-couche de trois mois.

Quatrième grossesse : Dix mois après sa fausse couche.

Sommet, suite de couches normales.

Enfant mort du croup.

Cinquième grossesse : Quatre mois environ après.

Fausse couche de deux mois et demi.

La malade est restée deux mois et demi au lit (les forces, dit-elle, lui manquaient).

Sixième grossesse : Un an après, accouchement par le siège.

Depuis cette couche, elle voit abondamment en blanc.

Cette enfant, âgée de 3 ans et demi, est la seule vivante, elle est très nerveuse. Bronchite à répétition et rougeole. Habituellement, la nuit elle est très agitée. Du reste elle a déjà eu des convulsions.

Septième grossesse : Sept mois après.

Fausse couche de quatre mois, fait cette fausse couche dans un cabinet d'aisance ; tient le lit un mois.

Un mois après sa fausse couche, elle sent remuer dans son ventre, va voir un médecin qui la dit encore enceinte (il y a donc deux jumeaux).

Huitième grossesse : Quatre mois et deux jours après sa fausse couche, elle accouche en effet, d'un enfant très petit qui a vécu 7 mois.

Elle a perdu les eaux onze jours avant son accouchement et pendant ces onze jours, elle a eu des douleurs extrêmement vives, de grosses douleurs, comme pour accoucher d'un très gros enfant.

Reste au lit un mois.

Depuis ce temps : étourdissements, douleurs dans le dos et l'estomac.

Neuvième grossesse : Un an après ; cinq jours en grandes douleurs. Sommet.

Enfant vigoureux, mort d'athrepsie (nourrice).

L'accouchée reste au lit quinze jours.

Elle était levée depuis trois jours, lorsqu'elle éprouve des douleurs assez vives dans le ventre ; entre à l'hôpital Lariboisière, fin septembre 1885 (fièvre puerpérale).

Dixième grossesse : Aujourd'hui 15 avril, elle est enceinte de cinq mois.

Cette femme, bien qu'étant à sa dixième grossesse, n'est pas passionnée, elle éprouve presque de l'aversion au moment du coït, son mari lui-même n'est pas très ardent.

S'emportant facilement, riant au moindre motif, cette malade n'a jamais perdu connaissance, n'a jamais eu d'attaques avant son mariage.

Quinze jours après son mariage (elle était déjà enceinte, puisqu'elle est accouchée d'un enfant à terme, neuf mois et cinq jours après son mariage), elle a pleuré beaucoup à la suite d'une contrariété. Son mari qui l'avait quittée, la retrouve deux heures après, étendue par terre, sans connaissance et sans mouvement, elle venait sans doute d'avoir sa première attaque.

Pendant sa première grossesse, elle a eu tous les huit jours une attaque, quelquefois deux ; pendant les deux ou trois jours qui suivent l'attaque, elle a des besoins impérieux de pleurer, comme si on lui avait appris de mauvaises nouvelles.

Pendant les autres grossesses, les attaques sont moins nombreuses, une tous les quinze jours, tous les deux mois, quelquefois une à trois par semaine. Actuellement, 15 avril 1886, elle n'a pas eu d'attaque depuis deux mois.

Quand une attaque est imminente, elle éprouve un sentiment de constriction, qui de la poitrine remonte à la gorge, elle est vivement oppressée, et porte la main au cou, pousse des cris, et s'a-

gite quelquefois avec une grande violence, elle parle quelquefois pendant l'attaque et rit ou pleure une fois l'attaque terminée.

Un mois après son entrée à l'hôpital, pour sa fièvre puerpérale, elle a ressenti pendant quinze jours des douleurs très vives dans les os du bras et de la jambe (côté gauche), il lui semblait, dit-elle, que des chiens lui mangeaient les os, hémianesthésie complète dans le côté gauche, générale et sensorielle, durée, un mois environ.

Depuis huit ou dix jours, avant son entrée à l'hôpital, elle éprouve des douleurs dans les os du côté gauche. Depuis ce temps, la malade elle-même peut se piquer impunément avec des épingles de ce côté.

14 avril : Onze heures du soir : Elle craint une attaque, car elle se sent mal à l'aise, a des étouffements analogues à ceux qu'elle éprouve avant ou après une attaque.

Fourmillements dans la main gauche, durée, cinq minutes environ, elle sentait sa main mourir, dit-elle.

Les fourmillements quittent la main, pour occuper successivement l'avant-bras, le bras et l'épaule du même côté ; et successivement aussi, elle sent mourir chacune de ces parties. Les fourmillements, arrivés à l'épaule, se sont transformés en grandes douleurs qui ont duré une heure environ.

Deux heures après, la paralysie du bras gauche était complète.

15 avril : Neuf heures du matin : Douleurs très vives dans la hanche jusqu'au genou (côté gauche), ces douleurs disparaissent et sa cuisse lui paraît morte.

Douleurs très vives (une demi-heure) depuis le genou gauche jusqu'au pied gauche.

Onze heures du matin : la paralysie du membre inférieur gauche est complète ; toutefois la malade remue encore bien ses orteils.

Une heure de l'après-midi : elle ne peut plus imprimer aucun mouvement à ses orteils.

Entrée à l'hôpital le 15 avril.

Cette femme a l'apparence robuste, sa figure est rosée, les cheveux bruns, les bras et les cuisses sont bien développés.

Hémiplégie gauche complète ; paralysie de la face du côté gauche (la commissure labiale de ce côté est légèrement abaissée).

Paralysie complète de la sensibilité générale : au contact, à la température, à la douleur.

Paralysie de la sensibilité sensorielle { *Gout* : Elle ne peut apprécier la saveur amère du sulfate de quinine placé sur la moitié gauche de la langue.

Odorat : Si on lui bouche la narine gauche, elle ne peut reconnaître l'odeur de l'éther, la muqueuse nasale n'est même pas impressionnée par l'acide acétique et l'ammoniaque.

Ouïe : Bourdonnement de l'oreille gauche ; elle n'entend plus à gauche le tic-tac d'une montre.

Vue : La malade ne peut lire avec l'œil gauche ; le blanc, le violet et le vert lui paraissent gris ; le rouge est pris pour du jaune.

Le champ visuel des couleurs est normal à droite, de ce côté la malade peut lire,

Pas d'hallucination sensorielle.

Depuis deux mois, elle a bon appetit ; quand elle avait des attaques, elle ne pouvait manger pendant les deux jours qui suivaient l'accès ; nausées habituelles depuis huit à neuf ans (grossesses).

Constipation habituelle.

Rien du côté des poumons.

Les bruits du cœur sont un peu rapides (92), léger souffle anémique à la base. Pas de souffle dans les vaisseaux du cou.

Température normale.

Rien du côté de la peau ; la malade n'a jamais eu la syphilis.

L'utérus est volumineux ; il remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; le col est porté très en haut, en arrière et à gauche ; on entend les bruits du cœur, du fœtus sur la ligne médiane.

Si on lui comprime l'ovaire gauche, elle est vivement oppressée, puis, a lieu une attaque d'hystérie du côté droit ; le côté gauche restant presque inerte ; le bras et la jambe gauche se détachant à peine du lit et lourdement.

16 avril : Température après l'attaque : 37-8.

Dans la nuit du 15 au 16 avril, la malade a ressenti des douleurs de tête très violentes, le sommeil a été impossible.

6 heures matin : elle s'aperçoit qu'elle est embarrassée pour parler, bredouille.

Ne peut plus bâiller, rapproche très bien les mâchoires et les écarte assez seulement pour pouvoir introduire un morceau de pain dans sa bouche.

Deux forts aimants sont placés du côté droit, l'un au niveau de la cuisse, l'autre près du bras.

Fourmillements dans le bras gauche, d'abord, dans la bouche ensuite (sensation d'un courant électrique, de cuisson dans l'œil gauche), après quoi elle peut écarter facilement ses mâchoires ; fourmillements ensuite dans le membre inférieur gauche."

Durée des fourmillements : 3 à 4 minutes ; petit à petit, elle élève le bras et la jambe gauche ; en même temps, la sensibilité générale et sensorielle est complètement recouvrée, toutefois il existe encore un certain degré de lourdeur dans tout le côté gauche.

Du côté droit : lourdeur qui s'accroît de plus en plus. Quand tout le côté gauche a recouvré ses mouvements, tout le côté droit est complètement paralysé, en même temps, il y a anesthésie générale et sensorielle de ce même côté.

Les aimants sont retirés :

Sensation de piqûres d'aiguilles au niveau même des aimants (bras et cuisses), puis des fourmillements intéressent en même temps la bouche, le bras et la jambe droite ; le mouvement et la sensibilité du côté droit sont complètement recouverts ; de nouveau, paralysie du mouvement et de la sensibilité du côté opposé.

Le transfert a donc été complet, 3 à 4 minutes après avoir retiré les aimants.

Les aimants, qui sont appliqués pendant dix minutes, ont été retirés à 4 heures $1/2$; aussitôt qu'il ont été retirés, la malade a éprouvé des sensations de pesanteur depuis le cou jusqu'au bas-ventre.

6 heures $1/4$: la malade éprouve une sensation d'engourdissement dans le bras et la jambe du côté droit, comme si elle s'était endormie sur ce côté.

Point hystérogène sous le sein gauche et au niveau du creux poplité gauche.

Quand on comprime en malaxant l'une où l'autre de ces régions, la malade pleure ou rit aux éclats, où bien elle est vivement oppressée, et une attaque d'hystérie a lieu.

Je lui fais regarder un morceau de verre prismatique placé à 20 cent. au-dessus de ses yeux : battement rapide des paupières au bout de deux minutes, les yeux sont portés en haut et à gauche ; la tête se renverse en arrière et se tourne lentement du côté gauche ; tremblement épileptoïde de la moitié gauche de la figure ; la jambe gauche se met dans la flexion ; l'avant-bras du même côté se fléchit sous le bras, la main sur l'avant-bras ; la main se ferme ; le pouce, fléchi dans la paume de la main, est recouvert par les autres doigts ; en même temps, ce membre supérieur se met en pronation forcée, s'applique fortement contre la poitrine et se dirige en arrière.

Ces phénomènes disparaissent par la compression ovarienne ; pas d'hyperthermie après l'attaque. C'est donc une fausse épilepsie jacksonnienne de nature hystérique, et de forme hémiplégique, l'épilepsie jacksonnienne véritable ne disparaissant pas par la compression ovarienne et s'accompagnant d'une élévation de la température ainsi qu'il ressort du mémoire si intéressant de MM. Ballet et Crespin.

Nous avons recommencé l'expérience, par deux fois différentes et l'accès s'est terminé, soit en soufflant légèrement sur les yeux, soit en frictionnant les paupières de la malade.

Grande attaque d'hystérie provoquée par la compression ovarienne. T. après l'attaque 38-6; la compression ovarienne a fait

cesser l'accès. Si celle-ci produit les attaques d'hystérie elle les fait donc aussi disparaître.

17 avril. — Etouffements dans la nuit du 16 au 17 avril, agitation très vive. Ces étouffements existent encore le matin à la visite. Mais ils sont beaucoup moins intenses. Quand elle veut respirer fort elle étouffe et ressent des douleurs dans le dos au niveau des omoplates (il lui semble que le dos se rapproche de la paroi antérieure du thorax, aussi ne peut-elle respirer), depuis le 16 avril à 11 h. du soir, elle ressent des douleurs dans les os de l'épaule jusqu'au poignet, de la hanche jusqu'au pied (côte gauche); elles sont disparues aujourd'hui à huit heures du matin, (il lui semblait que les chiens lui dévoraient les os).

La malade éprouve des douleurs assez vives partant de la racine du nez et s'irradiant vers la partie médiane du front, et la partie gauche de la calotte crânienne; il lui semble en outre qu'on lui presse la tête dans un étau.

2 h. 1/2, je lui fais regarder de nouveau un morceau de verre prismatique: clignotement des paupières; au bout de deux minutes la résolution musculaire est absolue, les membres soulevés retombent; je la prie de lever le bras gauche, ce qu'elle fait assez facilement. Sa mémoire paraît porter à un certain degré de perfection; je lui dis que son mari va venir la voir, c'est alors qu'elle entre dans certains détails de sa vie intime; pour des raisons particulières qu'elle m'indique, elle aime et déteste à la fois son mari; je lui dis qu'il fait froid, elle ramène alors ses couvertures sur elle; je lui dit qu'il fait chaud, elle repousse aussitôt ses couvertures et s'éponge le front avec son mouchoir. L'hypnotisme qui a duré 10 minutes a cessé par la compression ovarienne.

4 h. La malade avoue elle-même, avoir perdu connaissance pendant l'hypnotisme. Voici ce qu'elle a ressenti: picotements dans les deux yeux, bourdonnements dans la tête, puis fourmillements dans la main et l'avant-bras du côté gauche. Actuellement elle peut lever le bras gauche assez facilement; toutefois ne peut encore serrer la main; la sensibilité du bras gauche, et la sensibilité sensorielle sont recouvrées entièrement. La jambe gauche est restée dans le même état.

Cinq heures. La malade est de nouveau endormie, l'hypnotisme à duré dix minutes pendant lesquelles je lui demande de lever sa jambe gauche, ce qu'elle fait aussitôt. Après le sommeil, le mouvement et la sensibilité de la jambe gauche sont en grande partie définitivement recouvrés. Pendant le sommeil, la malade a éprouvé des frissons dans tout le corps.

Dix huit avril : Etouffements de onze heures du soir à trois heures du matin, attaque d'hystérie la nuit, elle aurait perdu connaissance pendant deux heures; le reste de la nuit, cauchemars, (elle a du reste des cauchemars habituels).

Etouffements de neuf à onze heures du matin, moins intenses que pendant la nuit.

Six heures. Comme la veille, j'endors la malade; grands étouffements qui disparaissent par la compression ovarienne, en même temps qu'on lui comprime la région ovarienne la malade se réveille; durée du sommeil quinze minutes, durant cet intervalle la malade a ressenti de vifs picotements dans les deux yeux. Après le réveil, la malade parle tout à fait distinctement.

Dix-neuf avril : Etouffements de dix heures du soir à trois heures du matin, (ils arrivent presque toujours à la même heure); sommeil de trois à six heures avec cauchemars, elle se lève deux heures pendant la journée.

Quand la malade marche, elle se tient aux barreaux de son lit, met le pied dans l'extension la pointe en dehors les orteils fléchis, traîne le pied en frottant le sol avec la face dorsale de ses orteils.

Vingt avril : La nuit étouffements moins forts que les nuits précédentes, la malade marche mieux; toutefois la jambe se tient raide et le pied est encore dans l'extension.

Vingt-trois avril : La malade se promène s'appuyant sur sa canne, boite un peu en marchant,

Vingt-cinq avril : Sort guérie, sensibilité complète et sensorielle, serre aussi fortement du bras gauche que du bras droit; toutefois il reste encore un peu de raideur dans le bras gauche.

En dehors de l'hypnotisme et de l'application des aimants, la

Il n'existe pas de troubles de la sensibilité générale, ni des organes des sens.

Comme troubles psychiques, elle se croit quelquefois un chien enragé et se mord.

Comme idées fixes : quand on sonne les cloches, on sonne son enterrement.

Ni contractures, ni paralysie.

Pas de spasme du larynx ; après la crise, elle a quelquefois un accès de toux et se plaint d'étrangler.

Pas d'albumine dans les urines.

Comme sensibilité spéciale, douleurs sourdes voyageant de l'un à l'autre ovaire dues probablement à la forte compression qu'on a tentée au début de la maladie et qui n'a servi qu'à augmenter la sensibilité des ovaires, surtout à droite.

Le col est épais et sensible, même douloureux. Le corps utérin a le volume d'une matrice gravide de trois mois, il est légèrement antéfléchi. Les régions ovariennes sont très-douloureuses à la pression. Rien de particulier du côté des seins. Par conséquent, grossesse probable.

Traitement. — Dès son arrivée 15 mai, une douche générale froide en jet et pluie, matin et soir. Elle est très-bien supportée.

A partir du troisième jour du traitement, elle n'a plus qu'un accès dans les vingt-quatre heures, à 8 heures et quart du soir ; accès qui dure une heure et demie.

Pendant la nuit, secousses violentes et sommeil agité. Peu à peu les accès diminuent d'intensité, mais reviennent très-régulièrement à 8 heures du soir ; le son de la cloche sonnant l'Angelus semble les provoquer.

J'ai eu le soin d'éloigner le mari pendant l'accès, de sorte que la phase érotique devient presque nulle. Pendant longtemps deux fortes personnes ont de la peine à la maintenir sur le lit.

Au bout d'un mois de traitement hydrothérapique les accès ont disparu complètement, et Mme X... nous quitte tout à fait rétablie, le 2 juillet, après quarante-six jours de traitement.

Mouvements actifs du fœtus, le 26 juillet.

11 septembre : Après avoir fatigué beaucoup, elle eut une assez forte crise avec toux nerveuse,

Le lendemain, une de ses jambes était parésiée et était insensible ; le surlendemain, les deux.

A cela s'ajoutaient une grande fatigue et une grande douleur localisée dans le tissu musculaire précordial et abdominal.

Cette douleur a été assez vive ces derniers jours ; elle ne supportait plus les aliments ; frictions avec le cérat opiacé, injections hypodermiques de morphine.

Elle vient me voir le 23 septembre : paraplégie et anesthésie des deux membres inférieurs.

Je commence de suite le traitement hydrothérapique, et au bout de quinze jours elle est complètement remise ; elle part le 4 octobre en parfait état de santé.

Le 6 novembre, elle accouche d'une fille bien constituée qu'elle allaite elle-même, et depuis, mère et enfant vont bien.

Cette observation me paraît curieuse à plus d'un titre :

D'abord parce que la grossesse commençant paraît avoir été la cause efficiente de ces accès hystéro-épileptiques.

(Voir des accès d'hystéro-épilepsie provoqués par la grossesse est d'une telle sûreté que notre dévoué maître, M. le professeur Stoltz, auquel je racontais le cas, me dit n'en avoir jamais observé dans tout le cours de sa longue carrière).

Ensuite parce que l'hydrothérapie a mis fin à ces accès hystéro-épileptique d'abord et à la paraplégie ensuite.

OBSERVATION VII.

Chorée générale avec exacerbations violentes. — Hystérie. — Grossesse de deux mois (Gayrard, Th. 84).

I..., 28 ans, entre le 27 septembre à l'Hôtel Dieu. A la suite d'une fièvre typhoïde qui remonte à sept ans, elle a été prise d'aliénation mentale qui dura 18 mois ; à sa sortie de l'asile St-Anne,

Ma première intention avait été de produire les douleurs de travail et de laisser le reste à la nature. Mais comme le pouls était à 120 et la malade excessivement affaiblie, je pris la résolution de terminer l'accouchement.

Après l'avoir endormie de nouveau au chloroforme, j'ai introduit un sac de Barnes de deuxième grandeur. L'utérus se contracta avec force et le col se dilata bien. Au bout de vingt minutes, j'enlève le sac, le remplace par un plus grand et le laisse en place pendant vingt minutes comme le premier. Voici ce que l'on trouve au toucher : épaule gauche, tête à gauche, dos en arrière. Après la rupture des membranes, par des manipulations extérieures et intérieures, je tirai en bas la jambe gauche. L'enfant était vivant, mais mourut bientôt après la naissance. Délivrance normale. Pas d'hémorrhagie *post partum*. Depuis la première introduction de l'éponge jusqu'à l'accouchement, il s'était écoulé vingt-trois heures.

Suites de couches normales ; la malade se rétablit bientôt et après la convalescence, la pression dans les culs-de-sac donnait lieu à des attaques violentes d'hystéro-épilepsie.

OBSERVATION V

Hystéro-épilepsie. (Louzer-Villermay.)

Premier accès au huitième mois de sa grossesse. Retour des accès neuf jours avant l'accouchement. Les accès réapparaissent à la fin d'une autre grossesse.

OBSERVATION VI.

Hystérie épilepsie chez une primipare au début de la grossesse. — Guérison par un traitement hydrothérapique (Sieffermann de Benfeld).

Mme X..., de S.... a 21 ans ; elle est brune ; quoique petite et délicate, elle est d'une bonne constitution et n'a jamais été malade.

Elle est mariée depuis fin janvier, c'est-à-dire depuis quatre mois. Elle présenta quelque signes de névropathie pendant ses fiançailles qui furent contrariées par diverses circonstances.

Elle aurait eu à cet époque une anesthésie incomplète du membre inférieur droit avec perversion de la chaleur (augmentation de la température du membre sans abolition du mouvement musculaire). Cette anesthésie dura deux mois. Son médecin m'écrivit : « Depuis trois mois les règles sont supprimées.

Après la fatigue d'un voyage à Paris et depuis son retour, Mme X... eut des accidents éclamptiques. Sa première forte crise remonte au 2 mai ; quatre jours avant elle avait eu une crise.

Pas d'albumine dans les urines, mais *ischurie*.

Depuis le 2 mai les accès deviennent de plus en plus fréquents jusqu'à se renouveler cinq fois par jour.

Bromure de potassium 2 à 5 gr. par jour. Bains tièdes.

Essai inutile de compression ovarique droite et gauche (à droite surtout).

Soupçons de grossesse qui serait au début du quatrième mois, mais qui est douteuse.

Le soir de son arrivée chez moi, 15 mai, Mme X... eut un accès hystéro-épileptique qui dura près d'une heure et demie et dont les caractères étaient si bien définis qu'il ne m'était pas permis de le confondre avec l'éclampsie.

L'accès débute par une forte douleur de ventre et un violent mal à la tête ; la malade pousse un petit cri, tombe et se livre aux convulsions cloniques.

Il y a trois périodes bien distinctes dans l'accès : la *première* convulsive, la *seconde* de cauchemars et la *troisième* érotique, à la suite de laquelle la malade reste endormie pendant quelques heures. Quelquefois l'accès se termine par une émission d'urine.

Dans la seconde période, elle se frappe la tête, s'arrache les cheveux et se mord les doigts. La syncope est complète dans la première phase, incomplète dans la seconde ; dans la troisième la connaissance est revenue ; cette phase voluptueuse se caractérise en ce qu'elle ne se produit qu'avec son mari qu'elle cherche, attire à elle, en repoussant toutes les autres personnes.

malade pendant son séjour à l'hôpital a été soumise au régime du bromure de potassium (quatre grammes par jour).

Vingt juin : Rentre à l'hôpital à midi pour accoucher, a perdu les eaux à huit heures du matin ; le col est long, dilaté à l'orifice interne ; le doigt arrive sur une tête mobile ; nuit du vingt au vingt-et-un juin pas de douleurs.

Vingt-et-un juin : Sept heures matin, même état que la veille, deux à trois heures : une dizaine de douleurs ; trois heures : même état local, grand bain d'une heure, une quinzaine de douleurs dans le bain. Pendant le travail, l'agitation est si vive qu'il nous est absolument impossible d'endormir la malade.

Cinq heures. Subdélirium momentané, elle dit que des chiens lui dévorent le bras et la jambe gauche, elle les voit.

Onze heures. Douleurs expulsives très fortes, la malade est affolée, elle veut se jeter par la fenêtre, attaque d'hystérie non provoquée.

Minuit : Accouchement d'un petit enfant, 2.500 grammes, suites de couches normales.

La malade quitte l'hôpital le 5 juillet conservant de son ancienne affection une hémianesthésie complète, générale et sensorielle.

OBSERVATION IV.

Hystéro-épilepsie développée pendant la grossesse. Vatt., Edimb. Med. Journal (Ang. 1879).

B. . . , 36 ans, huit enfants à terme ; il y a dix ans, pendant sa quatrième grossesse, elle a été prise de crises hystéro-épileptiques pour la première fois ; pendant le travail, elle n'en a pas eu. Depuis ce temps, elle a eu très peu d'attaques jusqu'à il y a environ dix-huit mois où elle s'est trouvée enceinte de sept mois. A mesure que la grossesse avançait, les attaques devinrent si fréquentes et si sévères et amenèrent un tel état d'affaiblissement qu'on s'attendait à la voir mourir. Elle a accouché à terme après une application de forceps d'un enfant mort.

De nouveau enceinte, à mesure que la grossesse avançait, les attaques ont augmenté de fréquence, d'intensité et de force. Appelé auprès d'elle, j'ai trouvé la patiente très affaiblie. Pouls, 118 ; elle répond mal aux questions et est somnolente ; elle n'est pas en travail, on entend les battements du cœur fœtal. La veille elle avait eu des crises presque continuelles.

Vu son état, j'ai pris la résolution de l'accoucher prématurément :

1° Quand elle n'était pas enceinte, elle avait très peu de crises hystéro-épileptiques ;

2° Pendant la grossesse, le nombre et la sévérité des crises augmentaient et l'état général empirait avec les progrès de la grossesse ;

3° Les crises cessaient pendant le travail.

Caractères des crises : Pas d'aura, mouvements convulsifs des membres, du tronc et de la face, elle enfonce sa figure dans les couvertures du lit. Quelquefois avant l'attaque elle commence à s'arracher les cheveux. Bientôt tout le tronc et tout le corps est dans un état de spasme tonique, les jambes tournées en dedans, l'une croisant l'autre ; la face n'est pas congestionnée ; jamais elle ne se mord la langue, incontinence d'urine pendant ses attaques et même en dehors.

Durée de l'attaque : Une à quinze minutes. Pas d'albuminurie dans les urines. La pression dans les culs-de-sac latéraux du vagin provoque des attaques qui ne sont point arrêtées par la compression des ovaires.

Traitement : La malade est chloroformisée ; il n'y a pas encore apparence de travail ; j'introduis, avec difficulté, dans l'orifice, une éponge préparée, que je laisse pendant 6 h. 1/2, c'est-à-dire jusqu'à 7 h. 1/2 du matin. Quand je l'ai enlevée, on pouvait facilement introduire le doigt ; pas de contraction utérine. Une deuxième éponge est placée pendant cinq heures, c'est-à-dire, jusqu'à neuf heures et demie du matin. Celle-ci excite les contractures utérines ; en l'enlevant, il me fut facile d'introduire deux doigts.

elle fut prise d'un rhumatisme polyarticulaire aigu qui dura 3 mois et fut aussi suivi d'aberration mentale avec prédominance d'idées de suicide. Bien réglée habituellement, ses règles n'ont pas reparu depuis deux mois. Il y a dix jours environ, cette malade a été prise sans cause connue de mouvements involontaires, particulièrement localisés du côté droit. D'abord modérés, ces mouvements sont bientôt plus marqués ; ils deviennent désordonnés quand on soulève le bras ou la jambe ; la marche est impossible. Il survient une ou deux fois dans la journée des exacerbations violentes qui durent 1 ou 2 h. La sensibilité est intacte.

Au toucher, on trouve le col utérin un peu mou et entr'ouvert ; l'utérus est un peu gros et lourd.

18 octobre : la malade va beaucoup mieux ; elle a pu rester levée pendant cinq heures. Dans les deux jours précédents, il y a eu deux légères attaques d'hystérie.

Dès le 21, les mouvements choréiques sont plus prononcés particulièrement du côté gauche. Il y a presque toujours des attaques d'hystérie bien caractérisés avec anesthésie des membres et douleurs à la région ovarique très-manifestes à la pression. Insomnie.

Les jours suivants, les attaques d'hystérie redoublent ; tous les jours une ou deux. Les mouvements choréiques reprennent leur intensité habituelle. Sous l'influence de l'hyposciamine le sommeil est revenu et la choré s'améliora.

3 nov. pas de mouvements choréiques, mais trois attaques d'hystérie ; 8 nov. l'amélioration continue mais les attaques d'hystérie persistent

OBSERVATION VIII

Hystéro-épilepsie développée pendant la grossesse (Traité de l'hystérie, Brachet).

F..., bonne constitution, mais très irascible. Mariée à 30 ans, elle devint enceinte vers la fin de juin 1843. Cinq ou six jours après l'époque où les règles devaient venir, elle fut subitement

prise d'une violente crise d'hystérie. L'agitation était si grande et les contractions étaient si puissantes, que plusieurs hommes avaient de la peine à la retenir ; n'entendait, ne voyait, ne sentait rien. Par moments, il semblait y avoir un peu de calme, puis tout à coup les contractions reprenaient aussi intenses qu'auparavant. Grâce à une saignée, la malade se calma et il n'y eut plus que de faibles retours de contractions ; la malade reprit enfin connaissance. Durée de l'accès, 2 heures.

Cinq jours après, deuxième crise aussi violente que la première ; la crise dura près de deux heures dans toute son intensité. Pendant 24 heures, sorte de frémissements spasmodiques et sensation du globe œsophagien.

De pareilles crises se renouvelèrent tous les deux, quatre, huit jours pendant les cinq premiers mois de la grossesse ; quelquefois même une crise paraissait terminée, et au bout d'une heure ou deux, la crise recommençait.

Toutes ces crises durèrent de 4 à 7 heures. Après le cinquième mois, les crises devinrent moins violentes et moins rapprochées. La malade ne perdait plus entièrement connaissance. Dans l'intervalle des crises, il y avait plusieurs fois par jour, pour une cause légère comme sans cause, de petites crises sans convulsions manifestes, mais avec spasmes dans les membres et surtout sensation du globe ascendant. Cet état dura toute la grossesse. L'accouchement eut lieu très heureusement et les crises n'ont pas reparu ; les règles se sont rétablies et elle n'a plus eu jamais de crises.

La fin de la grossesse a été la fin du mal. Il semble que la présence du fœtus ait été la cause provocatrice des crises puisqu'avec son absence elles ont cessé.

OBSERVATION XI

(*Gaz. des Hôpitaux*, 11 juin 1884).

On sait combien, depuis Hippocrate, la continence a été char-

Arthur.

gée de faits dont elle est le plus souvent innocente. Un médecin, appelé dans un couvent pour soigner une jeune religieuse qui présentait de violentes attaques d'hystérie, rassura tout le monde en appelant l'état de la malade une maladie religieuse, dans la persuasion que la continence en était la cause. Neuf mois après, un accouchement mit fin aux crises.

§ III. — Hystérie simple.

Ici l'hystérie se présente sous forme de convulsions qui sont l'accident principal, les autres symptômes existant passagèrement et étant peu intenses, c'est là *l'hystérie vulgaire*.

L'accès est généralement précédé par un sentiment de constriction à la gorge, par des sanglots, des efforts convulsifs de déglutition. La malade s'agite, se démène, se roule de côté et d'autre. Les mains sont fréquemment portées sur la poitrine et le cou comme pour enlever un corps étranger. Pas d'écume à la bouche, la langue n'est pas mordue. Après que cet état a duré un temps plus ou moins long, les sanglots deviennent plus violents, la malade crie, verse des larmes et l'accès est terminé. Alors quelquefois la malade rend une quantité plus ou moins considérable d'une urine limpide. L'accès peut être unique ou se répéter un certain temps avec les mêmes symptômes. Ces attaques n'ont pas en général d'influences fâcheuses sur la marche de la grossesse. Churchill a vu cependant l'avortement survenir à la suite d'une de ces crises. La santé de la mère peut en souffrir, mais n'est pas compromise.

OBSERVATION X.

Hystérie développée pendant la grossesse (Et. Alègre, 1833).

V..., 22 ans, toujours bien réglée. Elle devient enceinte. A la première époque menstruelle, les règles n'étant pas reparues, l'inquiétude, le malaise est à son comble ; tous ces phénomènes aboutissent à une attaque d'hystérie : cet état dure trois jours.

La malade recouvre la santé et continue à se bien porter jusqu'à la même époque du mois suivant : les règles n'apparaissent pas, l'attaque d'hystérie survient et dure autant que l'écoulement ordinaire des règles. Enfin elle se renouvelle le troisième mois. Trois mois et demi après la suppression des règles, elle fait une chute et ne tarde pas à avorter. Depuis cette époque, V..., n'a pas éprouvé le moindre symptôme d'hystérie.

OBSERVATION XI.

Epilepsie; Grossesse; Apparition d'accidents hystériques; Augmentation du nombre des accès de l'épilepsie pendant les deux derniers mois, disparition des attaques d'hystérie, (Landouzy).

X..., épileptique dès sa naissance, un ou deux accès par mois, jamais d'attaque d'hystérie — mariée à 18 ans — grossesse au premier temps du mariage : Accès d'épilepsie restent les mêmes, — puis se plaint d'avoir des étouffements fréquents, et d'avoir à la gorge, comme un morceau de chair qui l'empêche de respirer librement, pleurs, convulsions cloniques avec perte de connaissance : Des cris annonçaient la fin de l'accès qui durait une demi-heure environ. Les attaques d'hystérie disparurent *complètement et revinrent* quelques jours après l'accouchement — Les accès d'épilepsie furent plus fréquents durant les deux derniers mois.

OBSERVATION XII.

Forestus (De mul. morb.)

Premièrement hystérie pendant la grossesse ; deuxièmement immédiatement après l'accouchement.

OBSERVATION XIII.

Willis (De morb. conv. cap. 10. p. 538).

Accès hystérique se manifestant à chaque grossesse dès le début de la conception. Syncopes prolongées.

OBSERVATION XIV

Hystérie qui a débuté avec la grossesse (Obs. communiquée par M. le Dr Porack, accoucheur des hôpitaux)

M., 20 ans, entrée le 24 juin 1883.

Couturière. Primipare. Régée à 14 ans. Enceinte de 9 mois. Sommet, 2450 gr.

Père mort, était sujet à des crises nerveuses (douches froides et bromure de potassium).

A toujours été très nerveuse, très impressionnable. De l'âge de 14 ans à l'époque de sa grossesse, son nervosisme ne s'est pas manifesté par des signes particuliers d'hystérie. Depuis fin septembre, époque de sa grossesse, elle est encore plus impressionnable qu'auparavant, et cet état a augmenté progressivement jusqu'au moment où son amant l'a abandonnée, c'est-à-dire quatre mois avant l'accouchement.

Depuis ce temps, la malade a eu plusieurs attaques d'hystérie, qui se manifestaient à la moindre contrariété ; la malade alors éprouve un sentiment de frayeur, est prise d'un tremblement vio-

lent, mais n'est jamais tombée, n'a jamais eu d'écume à la bouche, semble perdre la notion de ce qui se passe autour d'elle sans cependant perdre connaissance; clou hystérique, sensation d'une boule.

Elle a eu des crises, d'abord, tous les quinze jours environ; puis vers l'approche de l'époque de l'accouchement. Ces crises sont venues tous les huit jours.

Depuis ses couches, la malade a eu quatre crises, le 25, le 28 et le 1^{er} juillet, et ces crises ont eu lieu sans cause apparente, sans que la malade y soit provoquée par la colère.

OBSERVATION XV

Hystérie développée pendant la grossesse (Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg).

A..., 31 ans, bien constituée; bien réglée habituellement. N'a jamais eu d'attaque d'hystérie. Mariée à 24 ans, elle a eu tous les ans un enfant pendant cinq années. Toutes ses couches ont été plus ou moins pénibles; les deux derniers enfants sont venus par les pieds, morts-nés, mais à terme. Dans le septième mois de sa dernière grossesse apparurent les premiers symptômes d'hystérie.

Depuis, les attaques se sont répétées à intervalles variables; depuis quelques mois elles sont plus rapprochées. Pendant les attaques, la face est violacée, le pouls filiforme, la respiration anxieuse, accompagnée de sanglots et de hoquets, tremblement convulsif général avec perte de connaissance.

§ IV. — Paralysies hystériques.

L'hystérie, pendant la grossesse, se manifeste, non seulement sous forme de convulsions cloniques, mais encore sous formes de paralysies. Les femmes enceintes sont

prédisposées aux paralysies : c'est là un fait qui a été mis hors de doute par les recherches de Churchill et d'Imbert; suivant eux, elles seraient dues à l'urémie). On a également rattaché ces paralysies (la paraplégie en particulier) à la compression des origines du nerf sciatique par la tête du fœtus ; elles seraient dues enfin des à affections cardiaques, cérébro-spinales, à l'albuminurie, etc.

Quoiqu'il en soit, certaines paralysies de la grossesse doivent rentrer dans l'ordre des paralysies hystériques. Chez la femme hystérique, mais non enceinte, la paralysie est chose assez fréquente. Si cette femme hystérique devient enceinte, ou si cette femme enceinte devient hystérique, n'est-il pas naturel de rattacher à la névrose préexistante les phénomènes paralytiques qui peuvent se présenter pendant le cours de la grossesse. Ces paralysies, que l'on observe chez des femmes enceintes névropathiques, ne sont-elles pas aussi des exemples de paralysies hystériques.

Ces paralysies hystériques observées pendant la grossesse rentreraient alors dans l'ordre des paralysies discrasiques. Lorsque le sang a perdu sa composition normale, il se produit un trouble de nutrition des centres nerveux ; les cellules nerveuses privées de leur excitant habituel tombent dans l'inertie et la paralysie se produit.

La paralysie de la motilité peut se présenter soit liée à la paralysie de la sensibilité, soit sans perte de la sensibilité, ce qui est beaucoup plus rare. Elle s'est présentée chez notre malade (Obs. III) et dans les observations XVIII, XIX, XX sous forme hémiplegique.

L'anesthésie, est isolée ou bien liée à la perte de motilité ; elle est générale (et alors elle présente les différentes mo-

dalités des anesthésies en général) elle peut être aussi sensorielle, anosmie, dyschromatopsie, diminution de l'acuité auditive. — Obs. III), peut-être aussi pourrait-elle intéresser les muscles de la vie organique (Obs, XVII).

Le début est extrêmement variable : tantôt elle se montre après une attaque, d'autres fois c'est la première manifestation de l'hystérie et elle a le début brusque d'une apoplexie, (Obs. XVIII), quelquefois c'est à son réveil que la femme s'aperçoit de sa paralysie (Ob. XIX) ; le plus souvent la paralysie est lente, graduelle, précédée d'engourdissement et de fourmillements dans les parties qu'elle doit frapper ; elle intéresse d'abord le bras, puis la jambe et la face, et dans les membres chacun des segments est pris successivement (Obs. III).

Il n'y a rien de plus capricieux pour la marche de cette singulière affection : elle disparaît, en effet, souvent d'elle-même ; d'autres fois née après une convulsion, elle cesse après une nouvelle attaque ; fugitive dans son apparition, nous l'avons vue durer plusieurs heures, plusieurs jours, plusieurs mois. Elle peut disparaître pour réapparaître aux mêmes endroits (Obs. XXIII) ou intéresser des parties jusqu'alors indemnes (Obs. XVIII).

OBSERVATION XVI

Hémianesthésie droite pendant la grossesse (Lucius-Champ).

M..., 29 ans, père vif et emporté.

Au quatrième mois de sa grossesse : première attaque de nerfs à la suite d'une vive contrariété (légères convulsions, sentiment de constriction à la gorge, n'a jamais eu la sensation de boule).

Deux autres attaques pendant la durée de la gestation. Hémianesthésie à droite, l'ovaire est douloureux. L'accouchement s'est effectué chez elle sans le moindre accident.

OBSERVATION XVII

Anesthésie de l'utérus probable. Eclampsie puerpérale
(Charrier, *Annales de gynécologie*, t. I, 1874).

X..., 23 ans, enceinte de sept mois. A l'époque de ses règles, elle a des attaques de nerfs qui se terminent par des sanglots. On sent l'utérus à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; à l'auscultation on entend les battements du cœur. Elle n'a jamais senti remuer son enfant et elle craint d'avoir une tumeur dans le ventre.

On voit à l'œil nu les mouvements actifs du fœtus et on peut les sentir à la palpitation. La malade les voit bien, mais ne sent rien. On s'explique difficilement que cette jeune femme ne perçoive pas les mouvements de son enfant. L'utérus serait-il frappé d'anesthésie, symptôme si fréquent dans d'autres régions du corps chez les hystériques. C'est certes la seule explication plausible.

Plusieurs fois par jour elle a des envies irrésistibles de dormir, a des douleurs au creux de l'estomac depuis une dizaine de jours ; œdème des membres et albumine dans les urines. Un mois après : attaque d'éclampsie à 5 heures ; deuxième attaque, un quart d'heure après. Dilatation de deux francs. Accouchement prématuré artificiel. A 8 heures, une troisième attaque. A 2 heures, dernière attaque d'éclampsie : l'orifice étant souple et large, on rompt la part des eaux et on fait une application de forceps. Suite de couches normales.

OBSERVATION XVIII

Paralysie partielle du côté droit. (Mac Clintock).

Une dame, saine, d'un tempérament nerveux, fut subitement prise d'insensibilité, d'un sentiment de froid et d'une paralysie partielle du bras et de la jambe gauche. Elle était au neuvième mois d'une quatrième grossesse ; je la vis aussitôt son attaque, elle était dans un état de grande anxiété nerveuse. Une heure après, la sensation pénible que la malade éprouva dans les membres avait disparu et le mouvement était revenu.

Le jour suivant, légère trémulation dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite. Mêmes phénomènes aussi de temps en temps dans la langue et les lèvres ; pendant les trois semaines qui suivirent, elle éprouva quelquefois ces sensations anormales dans les jambes, les bras et la langue ; une ou deux fois, mêmes symptômes dans la voûte palatine et le front ; travail facile et de courte durée.

Le quatrième jour, retour de l'anesthésie et de la sensation de froid dans la jambe et le bras du côté droit.

Du 11 août, jour de l'accouchement, au 1^{er} avril, il se passe rarement trois ou quatre jours sans qu'elle ressente ces malaises, durant environ une heure, et étant généralement suivis de l'émission d'une grande quantité d'urine limpide.

Le docteur Charles Johnson, fut d'avis comme moi, que ces phénomènes étaient d'origine purement nerveuse. Elle fut débarrassée complètement de ces troubles nerveux après cinq mois (ils avaient duré pendant les différentes conditions de la grossesse, de l'état puerpéral, de l'allaitement et de la menstruation).

OBSERVATION XIX

Hémiplégie. (Béatty).

X..., première grossesse. Cette dame, très jeune, de petite stature.
Arthur.

ture, très active, d'un tempérament nerveux, fût atteinte de paralysie de tout le côté droit du corps pendant la nuit, trois semaines avant le terme de sa grossesse. L'affection débuta par un accès d'hystérie convulsive. Lorsque je la vis le jour suivant, elle ne pouvait parler d'une façon intelligible ; elle se rétablit en quinze jours ; elle a eu trois autres enfants, sans aucun signe de paralysie.

OBSERVATION XX

Hémiplégie partielle. (Churchill).

A... , 26 ans, a eu deux enfants, très nerveuse, elle était grosse de deux mois, quand elle eut une attaque d'engourdissement et de grande faiblesse du bras gauche, bouche légèrement déviée vers la droite, elle ressent de temps en temps des fourmillements, de l'engourdissement dans la cuisse, la jambe et le pied gauche.

Ces symptômes persistent plus ou moins jusqu'à l'accouchement.

Des symptômes identiques se montrèrent aussi dans les grossesses suivantes.

§ V. — Formes gastriques

Parmi les phénomènes pathologiques, parmi les troubles fonctionnels plus ou moins graves auxquels la grossesse peut donner naissance, il n'en est pas de plus digne d'attirer l'attention de l'accoucheur que ceux qui affectent l'estomac : je veux parler des vomissements incoercibles.

Toutes les femmes enceintes ont, en général, des nausées, des vomissements pendant le premier mois de la grossesse ; ils s'arrêtent d'ordinaire spontanément sous l'influence du progrès de la gestation ; d'autrefois ils persistent, malgré

Les remèdes employés pour les arrêter et prennent un caractère de gravité plus ou moins sérieux, c'est alors qu'on les appelle incoërcibles ; ils ont habituellement leur maximum vers la fin du troisième mois. La femme grosse vomit alors tous les aliments solides ou liquides qu'elle ingère, vomit même à jeun, ne peut même conserver l'eau glacée. Aussi l'affaiblissement et l'amaigrissement arrivent bientôt. C'est là la première période.

Dans une deuxième période, la fièvre apparaît, la langue se sèche, la soif est vive.

Dans une troisième période enfin, les vomissements diminuent, cessent même. Mais c'est là un calme trompeur qui peut être le prélude de la mort.

Des efforts de vomissement aussi fréquents, aussi violents, peuvent donner lieu à des contractions utérines et déterminer l'avortement. L'avortement n'est cependant pas fréquent ; on dirait dans ce cas que l'œuf est plus intimement uni que d'ordinaire à la matrice.

Ils peuvent aussi déterminer la déchirure des vaisseaux inter-utéro placentaires, amener le décollement du placenta et produire ainsi une hémorrhagie plus ou moins intense. Le fœtus peut mourir dans le ventre de la mère, les vomissements cessent alors et la mère échappe aux dangers dont elle est menacée. Dans quelques cas heureux, l'avortement survient à une époque où la situation de la malade n'est pas désespérée, alors la guérison est prompte ; dans d'autres cas elle est suivie de mort.

L'étiologie des vomissements incoërcibles de la grossesse est aujourd'hui encore un sujet couvert d'obscurité ; il est une multitude de femmes enceintes qui échappe à ce redou-

table accident. La grossesse, par elle-même, sans le secours de circonstances adjuvantes, n'est donc pas nécessairement une cause de vomissements incoercibles, il faut qu'il s'y joigne une cause auxiliaire déterminante. Comme cause déterminante, on cite l'anteversion ou la rétroversion de la matrice, les ulcérations du col, la distension de la matrice, par le produit de la conception ; c'est dire que la cause de ces vomissements est encore bien obscure.

Dans une des remarquables leçons qu'il consacre en 1872 à diverses manifestations de l'hystérie, M. Charcot a appelé l'attention sur une maladie qu'il venait d'observer pour la première fois et qu'il a décrite sous le nom d'ischurie hystérique. M. Féré en a publié aussi un cas à la société médicale des hôpitaux. Laycock relate deux ou trois observations de ce genre. M. Ferrand et moi, nous avons publié un cas semblable dans le Journal de l'encéphale (octobre-novembre 1885). Chez ces malades, il y a suppression complète de l'urine pendant 1, 2, 3, 5 jours. Les jours suivants l'urine est rendue en petite quantité, et cependant la vessie est vide. En outre la malade rejette tout ce qu'elle prend, vomit même à jeun. Les matières vomies contiennent de l'urée, caractère qui démontre le lien unissant les vomissements à la suppression urinaire.

Sutugin est le premier et le seul qui en 1878, dans un travail publié en russe, a appelé l'attention sur une des modifications très intéressantes qui existent du côté de l'excrétion urinaire dans le cas de vomissements incoercibles de la grossesse ; la quantité d'urine diminue d'une manière notable, et même dans certains cas elle n'a été que de 240 centimètres cubes par jour. Cette urine, dit-il, est acide, con-

centrée, et répand une mauvaise odeur ; on y trouve de l'albumine et des cylindres ; lorsqu'on la chauffe, on voit parfois l'albumine se prendre en gelée. Si l'état de la malade vient à s'améliorer, la quantité d'urine augmente progressivement, l'albumine et les cylindres diminuent. Il y aurait donc entre l'état général et les modifications de l'urine un rapport très net.

Pour Sutugin, la présence de l'albumine et des cylindres dans l'urine n'aggraverait pas le pronostic, car ils disparaissent au fur et à mesure que l'alimentation devenait possible. Il y aurait donc, et c'est là un parallèle que Sutugin a cherché à poursuivre, une grande analogie entre les symptômes qui existent chez les femmes enceintes qui ont des vomissements incoercibles et ceux qui ont été observés sur les animaux chez lesquels on a étudié l'inanition.

Dans aucune des observations qui ont été publiées sur les vomissements incoercibles pendant la grossesse, on ne dit pas s'il y avait de l'anurie, de l'oligurie comme dans le cas d'ischurie hystérique. Aussi me semble-t-il indiquer de rechercher à l'avenir si l'urine est supprimée temporairement, ou du moins diminuée en grande quantité chez les femmes qui, enceintes et névropathiques, ont des vomissements incoercibles. Dans ce cas l'hystérie, pendant la grossesse, se présenterait donc sous une forme spéciale : la forme gastrique. Certes je ne veux pas rattacher à l'hystérie tous les cas de vomissements incoercibles qu'on observe pendant la grossesse ; mais je me demande s'ils ne pourraient pas être une manifestation de l'hystérie lorsqu'ils se rencontrent chez des femmes névropathiques.

Quoi qu'il en soit des rémissions plus ou moins fréquentes

existent quelquefois dans la marche de ces vomissements, c'est ainsi qu'une émotion vive peut les exagérer, un changement de résidence les diminuer ; la rémission souvent est inexplicable. Cette marche irrégulière ne démontre-t-elle point le rôle considérable que le système nerveux peut jouer dans la production de ces vomissements incoercibles. C'est là en effet un caractère depuis longtemps reconnu aux affections nerveuses que l'inconstance et l'irrégularité de leur marche, leur cessation brusque et leur retour inopiné.

M. Budin, professeur agrégé à la faculté de médecine, à qui je faisais part de mes réflexions, a eu lui-même l'occasion d'observer un cas de vomissements incessants chez une femme enceinte, avec ischurie et hémianesthésie. Je laisse parler le maître :

OBSERVATION XXI

« Je fus appelé un jour en consultation pour décider entre un médecin et une sage-femme dans le cas suivant : chez une femme, multipare, enceinte de sept mois, des vomissements existaient plusieurs fois par jour : la sage-femme qui la soignait demanda un médecin. Ce praticien, fort instruit, après avoir examiné avec soin la patiente, constata que le fœtus était mort depuis quelque temps. La sage-femme pensa dès lors que la présence du fœtus mort était une cause d'empoisonnement pour la femme, que les vomissements étaient la conséquence de cet empoisonnement, et qu'il fallait provoquer l'accouchement prématuré au plus vite.

Le médecin assurait au contraire qu'il fallait attendre, qu'il y aurait danger à rompre les membranes, ce qui pourrait amener la putréfaction du fœtus et des accidents graves. Je refuse d'intervenir.

L'examen de la femme montra qu'il n'y avait pas de mouvements actifs du fœtus, on n'entendit pas les bruits du cœur, l'utérus formait une masse mollassse, dépressible, du lait sortait des seins quand on les pressait. Le fœtus était mort, cela n'était pas douteux. Frappé des vomissements incessants qui existaient j'en cherchai la cause.

La malade avait tous les symptômes d'une hémianesthésie du côté gauche, et depuis huit à dix jours, elle n'avait pas uriné. La vessie cependant était vide : il s'agissait d'une hystérique.

Les matières vomies furent analysées, elles contenaient de l'urée en quantité.

Quelques jours plus tard, le fœtus mort fut expulsé spontanément ; les suites de couches furent normales.

§ VI. Hystérie mentale ou forme psychique de l'hystérie.

Pendant la grossesse, le système nerveux est dans un état spécial d'irritabilité : le caractère devient bizarre, les uns sont irascibles, les autres ont l'imagination exaltée. Ces troubles cérébraux enfin peuvent encore s'aggraver et conduire à la folie dite folie puerpérale.

Mais déjà toutes les hystériques, comme l'a dit Fabre, ont le système nerveux en rupture d'équilibre ; elles ont le caractère mobile, un esprit d'opposition et de controverse, un besoin irrésistible de simuler ; le cerveau des hystériques enfin est hanté par des idées hypochondriaques. L'hystérie, en un mot, altère les fonctions cérébrales : aussi conçoit-on que chez ces pauvres névropathes le délire peut éclater à l'occasion de la grossesse. C'est un délire de paroles (souvent en rapport avec des émotions passées) qui fait place ou se lie quelquefois au délire d'actions ou de mouvements (la malade veut escalader un mur, se jeter par la fenêtre) ;

comme dans le délire alcoolique, il y a des hallucinations généralement pénibles.

OBSERVATION XXII

*Délire extatique éclatant tout à coup dans le cours d'une grossesse
(Marcel).*

Ch..., 23 ans ; depuis longtemps elle a des attaques de nerfs ; actuellement elle est enceinte ; à la suite d'une crise nerveuse très violente, elle entra en délire (son amant venait de lui dire que si elle lui apportait l'enfant, il le jetterait par la fenêtre). Pendant huit jours, elle resta chez une amie, refusant tout aliment, toujours en éveil et s'enfuyant sans cesse de la maison ; sa figure est altérée, le regard inquiet, tous les membres sont agités par un mouvement convulsif ; étrangère à tout ce qui se passe autour d'elle, elle est plongée dans une sorte d'extase.

Par moments, elle prononce quelques paroles entrecoupées : « Adolphe, ne jette pas l'enfant par la fenêtre, il va venir bientôt. » Elle se lève, s'approche de la fenêtre, la terreur peinte sur les traits, l'attitude épouvantée, les gestes suppliants. On ne peut douter qu'elle assiste à la scène du meurtre, dont la seule pensée lui a fait perdre la raison. Elle semble même entendre la voix de la personne et redit en implorant : « Ne jette pas l'enfant par la fenêtre. »

Les questions, les impressions extérieures douloureuses ne font rien : elle est sourde, insensible, aveugle ; elle est toute entière absorbée par les souvenirs qui l'obsèdent. Pendant deux jours, cet état d'agitation extatique se reproduit d'une manière presque continue. — Dès le troisième jour, changement notable : le tremblement convulsif diminue, on peut obtenir d'elle quelques réponses ; enfin elle se remet à travailler. Le 16 juin, elle paraît complètement guérie.

Le 31 juillet, à la suite d'une procession faite dans l'intérieur de

la Salpêtrière, elle eut une émotion très vive. De temps en temps elle se lève étonnée comme dans un accès d'extase sans pleurer ni crier ; elle rit ensuite seule et sans motif. Dans l'intervalle de ces accès, qui se renouvellent plusieurs fois par jour, la malade travaille et cause raisonnablement.

12 septembre. — De temps à autre, elle a des hallucinations : il y a trois jours, elle voit trois hommes envoyés par Adolphe pour la tuer, l'un était armé d'un couteau-poignard. La nuit, elle fait des rêves effrayants ; le jour, elle ne peut rester en place, sa figure est inquiète, bouleversée. Jusqu'à la fin de sa grossesse, la malade est sujette aux mêmes accidents. Enfant né vivant, mais mort peu de temps après. Depuis son accouchement, l'état mental s'améliore de plus en plus, et en février la guérison était regardée comme complète.

§ VII. Aphasie hystérique pendant la grossesse.

L'aphasie hystérique, qu'il ne faut pas confondre avec le mutisme, a été révoqué en doute par Fabret et cependant on sait qu'il existe une foule d'aphasies nerveuses ou reflexes (colère, peur, grande préoccupation d'esprit).

Il est probable que cet accident est provoqué par des troubles vaso-moteurs, analogues à ceux qui se produisent dans l'ischémie cérébrale fonctionnelle, étudiée dernièrement par M. le professeur Ball. Cette hypothèse expliquerait la rapidité et la soudaineté de leur début et de leur disparition par leur reproduction facile et fréquente (aphasie à répétition). Cet accident est très-rare dans l'hystérie. Axenfeld n'en a pu relever que quelques cas, mais ne coïncidant pas avec la grossesse. Le cas suivant, observé chez une femme enceinte, est dû à l'obligeance de M. le Dr. Pignard, professeur agrégé à la faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux :

Arthur.

OBSERVATION XXIII

Aphasie et paralysie faciale hystériques à répétition, glossoplégie, hémianesthésie (Observation résumée, recueillie par mon cher collègue Lepage).

M..., 23 ans, entrée le 26 juin 1886, salle Sainte-Anne, n° 3.
Pas d'antécédents héréditaires.

Fièvre typhoïde dans l'enfance ; de 16 à 20 ans, a été soignée pour anémie par divers médecins. Accouche en juin 1885 d'un enfant à terme, sommet (mort de rougeole en février 1886); de là violent chagrin, n'a plus sa gaieté habituelle.

N'a jamais eu de crises convulsives, mais est très nerveuse. Le mari affirme qu'elle est d'humeur bizarre, pleurant ou riant au moindre motif. Ni alcoolisme, ni syphilis, ni rhumatisme.

Dernières règles le 17 février ; vers la fin de février, quelques jours après la mort de son enfant, elle a été prise subitement, le matin, en se reveillant, d'une aphasie complète, qui a duré un quart d'heure.

En même temps, hémiplegie faciale du côté droit ; la paralysie faciale disparaît en même temps que l'aphasie.

Vers la fin d'avril, sans cause appréciable, les mêmes accidents reparaissent : aphasie au réveil avec hémiplegie faciale droite. Ces accidents durent une heure sans laisser de trace.

24 juin au matin. — Aphasie complète ; à la consultation de Lariboisière, un chef de service porte le diagnostic d'aphasie probablement hystérique.

27 juin. — Grossesse de quatre mois et demi, on entend les bruits du cœur du fœtus, et on perçoit le ballotement céphalique au-dessous de l'ombilic.

Comprend très bien tout ce qu'on lui dit, mais ne peut parler ; ne sait ni lire ni écrire, de sorte qu'il est impossible de savoir si la femme a de la cécité verbale ou de l'agraphie ; quand elle veut.

tirer la langue, celle-ci ne franchit pas le bord alvéolaire ; il existe un certain degré de glossoplégie ; la langue est sèche ; rien au cœur, ni aux poumons.

Du côté droit, anesthésie à peu près complète ; on peut enfoncer une épingle sans provoquer de douleurs. Pas de parésie musculaire ; sensibilité intacte à gauche. Réflexe plantaire peu marquée des deux côtés.

29 juin. — La femme sort de l'hôpital pour cause d'ennui ; l'état est resté le même. L'âge de la malade, la marche des accidents, rendent très plausible l'hypothèse d'aphasie hystérique.

§ VIII. — Ovaralgie ou douleur ovarique.

M. Charcot, décrit ainsi une douleur spontanée assez fréquente dans l'hystérie, siégeant dans l'un des flancs, surtout le flanc gauche, quelquefois des deux côtés. D'autres fois, la douleur n'est pas spontanée, il faut la rechercher par la pression en un point qui se trouve à l'intersection d'une ligne horizontale passant par les deux épine il. ant., sup. et d'une autre ligne perpendiculaire limitant latéralement l'épigastre. Ce point correspond au siège de l'ovaire. La pression en ce point produit une douleur spéciale, pouvant s'accompagner des phénomènes qui se produisent à l'approche des crises (irradiations douloureuses, vers l'épigastre, palpitations de cœur, constriction du cou et quelquefois sifflement de l'oreille et obnubilation de la vue du côté correspondant à la pression.) Si la pression se continue, elle peut déterminer l'attaque ; enfin, de même que la pression produit l'attaque, elle la fait aussi disparaître.

Chez ma malade, j'ai reproduit ces différents incidents ; toutefois la pression devait avoir lieu sur un point plus élevé

que ne l'indique M. Charcot. La malade montrait elle-même avec sa main ce point douloureux qui siégeait à gauche et me disait qu'il était plus élevé qu'autrefois.

Pendant la grossesse, en effet, les ovaires se déplacent avec l'utérus et dans les derniers temps de la gestation ces organes deviennent accessibles et facilement reconnaissables par le palper abdominal. La pression en ces points est douloureuse et ces points douloureux subissent un mouvement d'ascension proportionnel au développement de l'utérus gravide ; après l'accouchement, il y a descente de ces points douloureux, encore proportionnelle à l'évolution utérine. Ces détails ont été mis en lumière par M. Budin et développés dans la thèse de Chaignot (Th. Paris, 79).

Toutefois, l'ovaralgie hystérique se distingue par sa douleur qui est généralement spontanée et par la sensation particulière qu'éprouve la malade quand on comprime la paroi abdominale au niveau des ovaires.

OBSERVATION XXIV

Grossesse gémellaire. Hystérie développée pendant la grossesse. Ovaralgie hystérique. (Obs. recueillie par M. Lepage, interne des hôpitaux).

M...., 19 ans, domestique, entre le 9 mars 1886, à 10 heures du matin, (salle Sainte-Anne, lit n° 14).

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Réglée à 13 ans et demi : Menstruation régulière, peu abondante, durant huit jours ; règles très douloureuses ; est très nerveuse habituellement ; pendant la grossesse a eu trois crises nerveuses dans la même journée (vers le cinquième mois). Vomisse-

ments continuels pendant les six premiers mois de la grossesse.

A eu ses dernières règles le 3 octobre, le 9 mars, la malade est prise de douleurs et entre à l'hôpital. Son ventre est très développé pour l'époque de sa grossesse, l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

M. Pinard conclut à l'existence d'une grossesse gémellaire : le fœtus qui se présente est mort, et macéré, le deuxième est vivant; rupture des membranes le 9 à sept heures du matin, accouchement à onze heures et quart d'un fœtus qui est expulsé rapidement (300 grammes),

Le travail continue, on rompt la seconde poche des eaux. Deux heures après, la femme accouche à une heure dix du soir d'un enfant en O I D P, vivant (1630 grammes); délivrance naturelle.

Les suites de couches sont assez bonnes.

Cependant le 27 mai, frissons et 39° de température, douleurs très vives dans le bas-ventre, surtout à droite. A le 28 une attaque de nerfs. (Bromure de potassium, vésicatoire).

Le 7 juin : Douleurs très vives dans le bas-ventre bien que l'examen local ne donne aucun renseignement; passe le 28 juin en médecine où elle est traitée comme une hystérique.

A sa sortie, à la fin de juillet, on reconnaît au toucher un utérus mobile; rien dans les culs-de-sac.

§ IX. — Syncope, catalepsie, toux.

J'ai tenu à reproduire les deux observations suivantes pour montrer la multiplicité des formes que la grossesse imprime à la névrose. L'hystérie est une cause fréquente de syncopes. Elle se produit, selon Briquet, par des mécanismes différents : ou bien c'est une conséquence de la débilité générale, ou bien c'est une variété d'attaque d'hystérie, ou bien enfin c'est un mode de terminaison de l'attaque.

Quoi qu'il en soit, on peut avec M. le professeur G. Sée, rattacher la syncope ou bien à la paralysie par oligaimie du système excitateur, c'est à dire des ganglions intra-cardiaques ou des centres cardiaques auxiliaires placés dans la moëlle, ou bien, au contraire à l'excitation directe ou réflexe du nerf vague qui a son origine réelle dans la bulbe ; par suite de l'oligaimie, l'oxygène nécessaire au fonctionnement du bulbe diminue en même temps que l'acide carbonique augmente d'une façon relative ; de là excitation du bulbe et des nerfs vagues qui en partent.

OBSERVATION XXV.

Forme syncopale de l'hystérie. (Lucas-Champ.)

C..., 23 ans, est au septième mois de sa deuxième grossesse ; elle est sujette à pleurer et est assez capricieuse selon son avis. En dehors de l'état de grossesse, au contraire, elle se porte assez bien. Depuis qu'elle est enceinte, elle a à tout propos des resserrements à la gorge ; tombe dans un état demi-syncopal où elle perd la connaissance de ce qui se passe autour d'elle. Il ne se passe presque pas de jour où cela ne lui arrive, surtout quand la grossesse est avancée. Pas de points douloureux, ni de troubles de la sensibilité..

OBSERVATION XXVI.

Catalepsie ayant duré quatorze mois, avec accouchement naturel pendant le sommeil. (Dict. Dechambre, article Grossesse)

A la fin d'août 1876, le docteur B..., est appelé auprès d'une femme qui dormait depuis deux jours d'un sommeil profond ; de plus, il y a insensibilité complète, raideur des membres qui con-

servent la position qu'on leur donne. Cette femme était enceinte de quatre mois et demi. — Quinze janvier 1877, la femme entre en travail et l'accouchement se fit le lendemain. Sa mère la faisait boire et manger en lui appliquant les aliments sur les lèvres. Vingt-sept octobre: la malade est guérie; le médecin la trouve assise sur son lit et causant avec tout le monde, à la grande joie de sa famille.

Enfin, l'hystérie pendant la grossesse peut se manifester sous une nouvelle et dernière forme : la toux hystérique.

C'est une toux très-ennuyeuse, continue ou passagère, se produisant par paroxysmes violents. Elle n'est pas accompagnée d'expectoration, l'auscultation est normale, il n'y a pas de fièvre. De temps en temps cette toux cesse brusquement; elle peut persister pendant toute la grossesse et ne cesser qu'avec l'accouchement.

La plupart des auteurs s'accordent à considérer ce genre de toux comme une chose sérieuse; elle empêche le sommeil, fatigue beaucoup la malade et peut même produire l'avortement ou l'accouchement prématuré par suite de l'ébranlement communiqué à la matrice par l'agitation du diaphragme et des muscles abdominaux.

CHAPITRE TROISIÈME

HYSTÉRIE PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Il y a des femmes hystériques qui accouchent presque sans douleurs ; le plus souvent, et en particulier, au début du travail, il y a exaltation des phénomènes douloureux. Chez quelques hystériques, les douleurs de l'accouchement sont quelquefois si violentes, que pour les calmer, on se voit forcé de les chloroformiser et de les tenir pendant plusieurs heures dans une insensibilité complète. On peut voir ces deux états aussi différents que possible chez la même femme, à des accouchements successifs.

Lorsque les douleurs de l'enfantement sont très-violentes, on conçoit aisément qu'une pareille situation va réveiller l'hystérie, va produire une explosion de convulsions. Pas du tout ; l'hystérique oublie qu'elle est hystérique. Il y a donc immunité temporaire de l'hystérie pendant le travail. C'est là la règle à de rares exceptions près (1).

OBSERVATION XVII

Hystéro-épilepsie réveillée par le travail de l'accouchement ou une injection intra-utérine d'eau chaude.

(Observation résumée, recueillie par mon cher collègue Lepage, interne des hôpitaux).

1.. Voir Obs. III.

V..., Emilie, âgée de 19 ans, entre le 29 avril 1886, salle Sainte-Anne, lit n° 3, dans le service de M. Pinard.

Père bien portant ; sa mère est morte à 40 ans de suites de couches. Pas de nervosisme parmi les collatéraux.

Réglée à l'âge de 10 ans, elle aurait eu à cette époque, à la suite d'une peur (?) survenue pendant la menstruation, des attaques d'hystérie revenant presque tous les jours.

A 12 ans, chorée durant quatre à cinq mois ; les attaques d'hystérie sont moins fréquentes pendant la chorée.

A 15 ans, elle entre à la Pitié dans le service du Dr Cornil, où elle reste dix mois en traitement (K. Br, douches, plaques métalliques). A sa sortie de l'hôpital, les crises ne reviennent plus que tous les mois ; peu à peu elles diminuent encore de fréquence et n'ont lieu que tous les trois mois. La dernière attaque a eu lieu il y a seize mois.

Elle devient enceinte en 1885 ; les dernières règles ont eu lieu le 20 août. La grossesse a été très bonne, sans accidents. Pas d'albuminurie.

A son entrée, on constate que la tête fœtale n'est pas engagée ; il existe une scoliose dorsale très marquée de la colonne vertébrale ; cette déviation serait survenue à l'âge de 15 ans, à la suite d'une attaque d'hystérie (?).

Pendant son séjour dans le service la malade ne présente rien de particulier ; elle ressent les premières douleurs le 26 juin, à 1 heure du matin ; présentation du sommet en O. I. G. P. Malgré des douleurs très vives et rapprochées, le travail se fait lentement. A 6 heures 1/2 du soir, la dilatation atteint la dimension d'une pièce de deux francs ; pour hâter le travail, on fait une irrigation intra-utérine d'eau chaude ; quelques instants après, la malade est prise d'une violente attaque d'hystéro-épilepsie, avec mouvements cloniques, arc de cercle, et hallucinations de la vue. Cette attaque se termine par une explosion de larmes. La dilatation se fait graduellement, et à 11 h. 1/2 du soir, la malade accouche spontanément d'un enfant vivant, du sexe masculin (poids 3,500 gr.).

Arthur.

Délivrance naturelle à minuit.

Suites de couches normales ; la mère allaite son enfant, et ne présente aucun accès hystérique.

Le travail peut-il produire des convulsions hystériques chez une femme qui n'en avait pas encore présenté? On peut répondre affirmativement, comme le prouve le fait suivant :

OBSERVATION XXVIII

*Hystéro-épilepsie développée pendant le travail.
(Traité de l'hystérie, Brachet).*

De N..., constitution très nerveuse. Cependant bonne santé habituelle. Elle a 26 ans et est enceinte pour la troisième fois. Elle n'avait eu pendant sa grossesse que les incommodités ordinaires à cette condition. Le travail de l'accouchement commença ; les douleurs devinrent très vives et chacune d'elle provoqua des spasmes violents. L'un d'eux revêtit tout à coup le caractère d'une crise hystérique des plus violentes, avec perte complète de connaissance : durée une demi-heure. Un quart d'heure après, une contraction utérine provoque une deuxième crise plus violente que la première. Plusieurs personnes devenaient nécessaires pour retenir la malade ; le spasme convulsif de la gorge et les mouvements de déglutition étaient continuels. Après une forte saignée, la crise diminua d'intensité. Mais bientôt de nouvelles convulsions aussi violentes que la première recommencèrent. Nouvelle saignée ; le calme se rétablit, mais la malade ne reprit ni connaissance, ni sensibilité. La dilatation étant complète, on fait une application de forceps ; la souffrance de cette manœuvre réveilla de nouvelles contractions pendant un quart d'heure. Les crises se calmèrent de nouveau pour se renouveler encore et plonger la malade dans un coma stertoreux au milieu duquel elle succomba en moins d'une heure.

On conçoit aisément comment, chez cette femme nerveuse, à imagination vive, le système nerveux a pu recevoir des douleurs expulsives la modification hystérique. Certes, il a fallu que cette cause trouve la prédisposition physiologique pour agir ainsi ; autrement, on ne concevrait pas comment se font, sans crises hystériques, tant de milliers d'accouchements. Du reste, toutes les affections qui donnent lieu à des douleurs très vives peuvent produire l'hystérie : Le cancer de l'utérus peut lui donner naissance ; dans une observation de Boyer, l'hystérie était survenue après un coup qui avait déterminé l'engorgement du sein et a disparu après l'amputation de cet organe. On peut rapporter à cette même cause les accès d'hystérie qu'on voit se produire pendant l'accouchement, mais je dois ajouter qu'ils sont tout-à-fait exceptionnels.

Il y a donc immunité des convulsions hystériques pendant l'accouchement, comme il y a immunité, chez les femmes nerveuses, d'attaques pendant les grandes opérations chirurgicales. On a expliqué ce fait en disant que la volition surexcitée dans ces circonstances graves, empêche la manifestation des désordres du système nerveux.

Si les attaques d'hystérie sont rares pendant le travail de la parturition, l'état hystérique, quand il existait déjà, n'est pas modifié ; c'est ainsi que l'analgésie, l'anesthésie (1), etc., subsistent comme avant l'apparition des douleurs.

M. Féré a observé chez une hystérique en travail quatre attaques de contractures avec l'attitude du crucifiement et une perte de connaissance absolue.

1. V. observation XXIX.

OBSERVATION XXIX.

Archives de neurologie, n° 9.

V... (1) n'avait plus d'attaques quand elle est sortie de la Salpêtrière, il y a un an ; mais elle avait conservé une anesthésie totale. Elle rentre à l'hôpital au neuvième mois d'une grossesse. Les attaques ne se sont pas renouvelées depuis qu'elle est enceinte, mais l'état de la sensibilité ne s'est pas modifié.

26 décembre : premières douleurs à 3 heures du matin, mais éloignées et peu intenses jusqu'à 10 h. A 11 h. 1/2, col est effacé. De 3 h. à 4 h. bain tiède. A 4 h. dilatation de 3 cm. O I G A. A 7 h. 1/2, les douleurs reviennent toutes les cinq minutes. A 7 h. 55, au moment d'une douleur, la malade est prise d'une attaque de contractions avec perte de connaissance et ronflements ; les bras sont en croix, les jambes dans l'extension, la malade gémit et la résolution se produit en commençant par le côté gauche. Deux minutes après, deuxième attaque de contractures ; le bras droit et les jambes sont étendus, le bras gauche est en flexion sur la poitrine ; la contracture a duré 3 minutes et a cessé encore par le côté gauche. Une minute après, nouvelle attaque analogue à la deuxième. Depuis le commencement de la première attaque jusqu'à la fin de la troisième, la malade n'a pas repris connaissance. A 8 h. 1/4 : crampes très-vives dans la jambe droite. A partir de 8 h. 1/2, chaque fois qu'elle a une douleur un peu forte, elle éprouve en même temps une sensation de compression au-dessus du sein gauche ; elle sent quelque chose lui remonter à la gorge et détermine une vive anxiété avec dyspnée considérable. A 9 h. 1/2, attaque de contractures qui dure 3 m.

A 9 h. 45 : quelques gouttes chloroforme en inhalations et à partir de ce moment, la malade se trouve mieux. L'anesthésie n'a

1. Pour l'observation ant., voyez : *Iconograph. photo. de la Salp.* t. II, p. 43.

pas été modifiée un instant pendant le travail. Vers 11 h. 1/4, il survint une nouvelle attaque de contractures; les douleurs devinrent très-fortes; on chloroformisa la malade jusqu'à la résolution et la malade accoucha sans en avoir conscience à 11 h. 35 d'un enfant vivant.

Si la folie hystérique peut se produire pendant la grossesse, elle peut, à plus forte raison, se montrer pendant le travail de l'accouchement. Les douleurs de l'enfantement impriment, en effet, une secousse violente qui retentit sur le système nerveux tout entier et impressionne vivement l'état psychique de la femme. Avant le travail déjà, la femme éprouve une sorte d'inquiétude. Dès que les douleurs se déclarent, l'anxiété devient plus vive et l'agitation est portée au plus haut degré. La femme la plus sensée, la plus courageuse pendant le travail, divague alors et devient pusillanime: l'incohérence des paroles qu'elle prononce est la preuve du dérangement de ses facultés. Mais si la femme est déjà hystérique ou simplement névropathique, la folie va éclater. Elle se déclare pendant le travail et surtout au moment où la tête franchit l'orifice de l'utérus (V. obs. III) et produit cette douleur si vive qui arrache presque toujours des cris violents. Cette manie transitoire se produit alors par suite de cet ébranlement du cerveau, communiqué par les douleurs de l'enfantement.

Enfin, elle peut se déclarer aussitôt après l'expulsion du fœtus: Burrows (London 1828) a vu deux cas de symptômes hystériques accompagnant la grossesse et les malades devinrent folles aussitôt après l'accouchement. Gooch, cité par Tanner, a rapporté l'observation d'une femme hystérique qui, aussitôt après être accouchée d'un enfant mort-né, à

sept mois de grossesse, fut prise de catalepsie et de monomanie.

La syncope, qui peut être, comme nous l'avons déjà dit, une manifestation de l'hystérie pendant la grossesse, est un accident grave au moment du travail. Quelquefois elle survient après chaque douleur et cause alors de grandes alarmes. Quand elle est fréquente, en effet, elle peut produire l'avortement, vu les rapports intimes unissant la circulation foetale à la circulation maternelle.

Pendant le travail enfin, il peut se développer chez la femme hystérique un état fébrile d'assez courte durée qui paraît se lier à l'excitation du système nerveux, comme semble le prouver l'observation suivante que M. Pinard a bien encore voulu me communiquer.

OBSERVATION XXX.

*Primipare. Accouchement prématuré OIGA. Délivrance naturelle.
Fièvre hystérique.*

M..., 26 ans, repasseuse, entre le 6 janvier 1886, à 10 h. du matin, salle Sainte-Anne, lit n° 10.

Dernières règles du 5 au 6 mai 1886, sa grossesse est arrivée sans accident au terme de 8 mois.

Apparition des premières douleurs le 6 janvier 1886 vers 3 h. du soir. Rupture spontanée des membranes le 7 janvier à 5 h. du matin. Accouchement spontané le 7 janvier à 4 h. 45 du matin (sommet OIGA) après 14 heures de travail. Délivrance naturelle le 7 janvier à 6 h. 1/2 du matin.

L'enfant du sexe masculin, vivant, pèse 2720 grammes.

Cette femme avait été gardée dans le service parce qu'elle présentait à son entrée un facies fébrile des plus nets : face vultueuse,

yeux brillants, langue suburrale, pouls rapide. Le soir du 6, après 8 h. de travail, la température atteignait 38°,4. Cette élévation de température ne s'expliquait par aucune localisation.

Après l'accouchement il y eut une détente de tous les phénomènes. 7 juin : température du matin 37. Pouls normal. Vers 3 h. du soir, frisson d'un quart d'heure. Température axillaire 39°,6. A 5 h. 40°,1. Pouls 120. Examen minutieux. Rien ne peut nous expliquer l'élévation de la température, elle se trouve très bien. L'état sanitaire du service est parfait.

Nous donnons à tout hasard 1 gr. de sulfate de quinine. A minuit : 37°.

Le 8 au matin. Temp. axill. 35°,5 (prise par nous à deux reprises avec 2 thermomètres). La femme se trouve très bien et n'éprouve rien qu'une sensation marquée de froid. En l'interrogeant avec soin, nous apprenons qu'elle est très nerveuse ; qu'elle a eu souvent des attaques d'hystérie, qu'il y a 2 ans-elle a été prise brusquement à la suite d'une opération utérine (abl. d'un polype) dans le service de M. Polaillon, d'une paralysie du membre inférieur gauche qui a duré 2 mois, puis a disparu brusquement aussi. Elle a été à plusieurs reprises endormie par M. Dumontpallier. A une heure de l'après-midi l'hyperthermie persiste. Température rectale 35°,8.

9 matin : temp. rectale 36°, soir 36°. Ce n'est qu'à partir du quatrième jour que la température atteint 37° pour s'y maintenir définitivement, aucune autre complication pendant les suites de couches.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

L'attaque épileptique a des caractères si tranchés qu'il sera impossible un moment de la confondre avec une attaque d'hystérie simple.

L'embarras n'est même pas très-grand lorsque les deux névroses coexistent chez la même malade comme dans le fait curieux de Landouzy (V. Obs. XI).

Dans l'hystéro-épilepsie, les caractères des attaques semblent appartenir, les uns à l'hystérie, les autres à l'épilepsie, et peuvent laisser dans le doute pour le diagnostic. Toutefois, dans l'intervalle des attaques, on peut constater chez l'hystérique de l'anesthésie, des paralysies diverses etc... qu'on trouve exceptionnellement chez l'épileptique.

Dans l'état de mal hystéro-épileptique, la température varie généralement de 37°5 à 38°5 ; dans l'état de mal épileptique, la température s'élève jusqu'à 41°.

La chorée a un début spécial ; quand elle est à sa période d'état, elle est caractérisée par des mouvements en zigzag, bizarres, spontanés, variés à l'infini. Dans la chorée, enfin, il n'y a pas d'accès suivis de calme absolu.

L'attaque d'éclampsie ne ressemble aucunement à celle de l'hystérie ; en général elle a une durée beaucoup plus courte (50, 70 secondes), elle a des prodromes particuliers.

Il y a, enfin, de l'adème des extrémités inférieures, de l'albumine dans les urines : ces deux derniers caractères peuvent cependant manquer.

Si l'on est appelé auprès d'une femme enceinte qui est dans le coma, on devra rechercher la cause de ce coma. Il peut être dû à une des affections suivantes, l'éclampsie, l'épilepsie, l'hystérie, l'hémorrhagie cérébrale, la commotion cérébrale, l'encéphalopathie saturnine, l'urémie et enfin à un empoisonnement ou à l'ivresse. Ce diagnostic est fait dans les traités didactiques.

La paralysie hystérique, enfin, sera facilement reconnue car ici la sensibilité est diminuée ou abolie, et la contractilité électro-musculaire est conservée.

Mais un diagnostic beaucoup plus difficile à établir c'est celui des accidents hystériformes de la chloro-anémie proprement dite et de l'hystérie :

Les chloratiques comme les hystériques ont la même excitabilité cérébrale, des troubles de la sensibilité, spasmes pharyngo-laryngés, des paralysies ; toutefois les syncopes, les palpitations, les vertiges sont le cortège habituel de la chloro-anémie et se remarquent à un degré moins prononcé dans l'hystérie ; le pouls est large et mou dans la chlorose. La décoloration de la peau, l'injection du visage à la moindre émotion, sont les phénomènes caractéristiques de la chlorose. Cependant l'hystérie de la grossesse, aidée déjà par la chlorose puerpérale, peut, par suite de la perturbation des fonctions digestives et de l'anorexie qu'elle produit, entraîner un grand degré de dépérissement : on comprend alors combien il est difficile dans certains cas de distinguer les accidents hystériformes de la chloro-anémie d'a-

vec l'hystérie de la grossesse ; il peut exister alors entre les deux affections une transition vraiment insensible ; j'ai déjà du reste insisté sur ce point au début de mon travail.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

S'il est vrai, comme je l'ai dit au début, que les modifications du sang produites par l'état de gestation, modifications qui confinent à la chlorose, prédisposent beaucoup à l'hystérie ; s'il est vrai, que l'hystérie elle-même produit des troubles digestifs suivis d'anémie, la médication devra donc s'adresser pour cette double raison, non seulement à la perturbation fonctionnelle mais surtout à l'état général dont l'hystérie relève et qu'elle-même produit ; en d'autres termes, il faudra s'adresser à la chlorose et à l'hystérie.

Contrairement à Sydenham qui conseillait la saignée générale, il faudra, au contraire, dans l'hystérie de la grossesse, en particulier, instituer un traitement tout opposé aux antiphlogistiques, c'est-à-dire un traitement essentiellement réparateur : le fer, et plutôt les causes minérales ferrugineuses, si elle sont bien supportées par l'estomac, seront d'un utile effet. Les préparations de quinquina peu excitantes, (comme la macération aqueuse légère de quinquina jaune), ont l'avantage d'agir comme les amers, et de relever les fonctions digestives.

A ces toniques internes on ajoutera des toniques externes : on conseillera les bains sulfureux aux femmes les plus affaiblies et peu irritables, les bains alcalins à celle qui sont

plus irritables, les bains simples, tièdes et prolongés aux malades qui sont d'une impressionnabilité excessive. Les douches seront utilement employées. Contre l'hystéro-épilepsie, en particulier, on fera prendre à la malade du bromure de potassium à haute dose. Toutefois l'emploi de ce médicament réclame, si on le prolonge, quelques précautions sans lesquelles on est exposé à la nécessité d'en suspendre l'usage : Aussi fera-t-on bien dans ce cas de lui associer un diurétique pour favoriser la sécrétion urinaire et l'élimination du bromure de potassium par les reins ; on pourra peut-être éviter ainsi certaines éruptions cutanées d'un caractère si désagréable pour la malade.

Contre les paralysies hystériques, on pourra opérer le transfert en plaçant deux forts aimants l'un au niveau du bras, l'autre au niveau de la jambe, (s'il s'agit d'une hémiplegie). Ces aimants seront placés du côté paralysé ou même du côté sain. Après avoir opéré le transfert plusieurs fois, les phénomènes paralytiques pourront disparaître peu à peu. MM. Liouville et Debove, dans un cas de mutisme complet produit par la paralysie du larynx, ont fait la compression ovarienne ; aussitôt la malade éprouva la sensation d'une boule partant de la région ovarienne et remontant à la gorge ; ensuite vinrent quelques accès d'une toux sèche, puis quelques cris étouffés. Enfin la malade put articuler les mots « vous me faites mal ».

Contre le délire on ordonnera des lavements au musc, à l'asa foetida, à la valériane. Outre le traitement habituel à la syncope, on fera usage de la compression ovarienne.

Contre les vomissements incoercibles, la plupart des agents thérapeutiques échouent : noix vomique, pepsime,

opium, morphine, belladone, injections sous-cutanées, vésicatoires, glace, etc., on a même employé la sonde œsophagienne, mais les aliments sont aussitôt rendus après le retrait de la sonde ; on les a vus s'arrêter après l'usage du bromure de potassium.

A ces vomissements nerveux, il convient de faire usage d'eaux minérales et d'hydrothérapie, on nourrira la malade au moyen de lavements alimentaires.

Mais si, malgré tous les médicaments employés, il y a aggravation de tous les symptômes, si l'amaigrissement et la faiblesse condamnent la malade à un repos absolu, si des syncopes surviennent sous l'influence du moindre mouvement de la moindre émotion, s'il y a réaction fébrile enfin, il ne faut pas hésiter : on doit provoquer l'accouchement.

L'accoucheur a la conscience que deux existences se trouvent également en péril, et que s'il s'abstient, elles périront infailliblement l'une et l'autre ; il doit donc intervenir pour sauver la mère, dont le salut est possible ; le fœtus lui-même, s'il a atteint le 6^e mois de la vie intra-utérine, pourra peut-être continuer à vivre après son expulsion. On possède ainsi déjà beaucoup d'exemples de femmes grosses, sauvées par la provocation de l'avortement en pareille circonstance.

S'il y a hémorrhagie abondante comme cela s'est vu à la suite de vomissements répétés, on appliquera le tamponnement.

Enfin, dans les cas vraiment exceptionnels où l'agitation hystéro-épileptique étant portée au maximum, il y a épuisement résultant de ces mouvements prolongés, et menace de mort, est-on autorisé encore à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel ?

La persistance des accès existant, il faut que l'utérus se vide ou que la femme succombe ; dans ces cas vraiment rares, le seul moyen de sauver la mère est donc encore de provoquer l'accouchement ; on a remarqué, en effet, que les mouvements convulsifs cessaient généralement très-rapidement après la délivrance.

Je terminerai ce travail par quelques réflexions sur l'hypnotisation des hystériques pendant la grossesse et le travail de l'accouchement.

Grâce aux expériences fort curieuses et aux recherches si intéressantes de MM. Charcot et Voisin à la Salpêtrière, de M. Dumont Pallier à la Pitié, grâce aussi à l'école de Nancy, les études sur l'hypnotisme et sur la suggestion hypnotique ont définitivement acquis droit de cité dans le domaine médical.

M. Debove dans un mémoire communiqué à la Société des hôpitaux, le 2 septembre 1885, a rapporté l'histoire d'un homme atteint d'une hémiphégie droite hystérique qu'il a pu atténuer par suggestion dans l'état hypnotique. Le professeur Bernheim de Nancy, a provoqué par suggestion de l'amaurose (ce qu'il a pu justifier par les lunettes vertes et rouges, et l'échelle de Snellen).

M. A. Voisin à Paris, s'en est servi comme moyen pédagogique et agent moralisateur.

M. Liébeault de Nancy, a traité avec succès, par suggestion hypnotique, de l'incontinence d'urine chez les enfants au-dessus de trois ans ; une choréïque ne peut pas écrire son nom, il l'endort, et une fois endormie, les mouvements choréïques disparaissent et elle peut écrire son nom.

On a même provoqué la suggestion à l'état de veille ;

après avoir constaté l'anesthésie et de l'hémi-anesthésie du côté gauche chez une hystérique, on lui a suggéré que c'était du côté droit, et le transfert s'est opéré aussitôt.

Il était donc intéressant, en présence de ces faits si curieux d'hypnotismes, de constater si les femmes enceintes et hystériques étaient hypnotisables pendant la grossesse et surtout pendant le travail. Dans les deux cas, il pourrait devenir un agent thérapeutique précieux.

Pendant le cours de la grossesse, en effet, on pourrait de la sorte guérir des paralysies hystériques, comme l'a fait M. Debove dans d'autres circonstances.

Pendant le travail, l'hypnotisme mettrait fin aux douleurs extrêmement violentes que l'hystérique ressent généralement à ce moment; il pourrait alors remplacer le chloroforme dont on fait habituellement usage en pareille circonstance, et dont l'emploi n'est pas toujours sans dangers.

La malade qui fait l'objet de l'observation III a été facilement endormie pendant la grossesse. Il m'a suffi de lui faire fixer quelques instants un morceau de verre prismatique, placé à 20 cent. environ au-dessus de ses yeux. Une fois la malade endormie, je la prie de lever son bras gauche qui était paralysé, ce qu'elle fait aussitôt, et après le sommeil, le mouvement et la sensibilité ont été définitivement récupérés.

Elle a recouvré de la même façon la sensibilité et le mouvement de la jambe gauche; après l'avoir endormie une troisième fois, sans cette fois lui provoquer la suggestion, elle recouvra enfin les mouvements de la langue.

Je dois avouer qu'il m'a été tout-à-fait impossible d'hypnotiser la malade pendant le travail.

Déjà, en 1882, M. Féré avait étudié l'hypnotisme sur deux femmes enceintes et hystériques : l'une ne fut pas hypnotisable pendant le cours de sa grossesse et le travail de l'accouchement ; l'autre fut hypnotisable pendant le cours de sa grossesse seulement. L'hypnotisation a été tout-à-fait impossible pendant toute la durée du travail.

Dans cette observation, il y a deux autres points intéressants à remarquer : la malade ayant eu des coliques utérines, ne fut plus hypnotisable tant que durèrent ses coliques, et elle ne fut hypnotisable aussi que plusieurs heures après la délivrance, c'est-à-dire après la disparition de tout phénomène douloureux.

M. Porack a réussi, en 1885, à provoquer l'hypnotisme pendant la grossesse et une partie du travail : les douleurs commencèrent à 2 heures 1/2 du matin, l'accouchement à eu lieu à 7 heures 1/2 ; la femme a pu être hypnotisée de 2 heures 1/2 à 7 heures ; elle est hypnotisable pendant l'intervalle des douleurs ; la malade ne se réveille pas, et, quand on la réveille, après plusieurs douleurs consécutives, elle ne se rappelle de rien et dit avoir dormi.

Pritzl, à Vienne, a pu obtenir l'hypnotisme pendant toute la durée du travail ; il fut obtenu à l'aide du réservoir d'un thermomètre éclairé avec une lampe. La malade avait à peine jeté un regard sur ce point réfléchissant qu'elle retombe en arrière et insensible ; la marche de l'accouchement fut accélérée et la femme qui gémissait et criait avant l'hypnotisme accouche sans douleurs.

Voici le résumé d'observations de MM. Féré et Porack, l'observation de Pritzl est rapportée dans tous ses détails.

OBSERVATION XXXI.

Hypnotisme pendant la grossesse, impossible pendant le travail
(M. Feré. — Archives de neurologie, n° 9.)

B... est hystero-épileptique. Sort guérie du service de M. Charcot en juin 1880, de plus elle résistait à tous les moyens d'hypnotisation.

Quelques mois après sa sortie, elle redevient hemianesthésique, droite et hypnotisable.

Elle se trouva enceinte et pendant tout le temps de sa grossesse elle resta hemianesthésique et hypnotisable, mais les attaques ne se reproduisirent pas. Pendant les quatre premiers mois de la gestation : vomissements. A la fin du huitième mois, elle entre à la Salpêtrière. M. Budin se livre à l'exploration des ovaires, la malade déclarant elle-même que ses points douloureux étaient remontés. Le lendemain, elle a des coliques utérines. La malade qui était faiblement hypnotisable le jour de son entrée ne le fut par aucun procédé pendant toutes les journées que durèrent ses coliques ; elle le redevint dès que ses douleurs eurent cessé. C'est là un fait intéressant à montrer parce que nous le verrons se reproduire au moment du travail.

30 octobre : On hynoptise la malade à plusieurs reprises et on ne réveille la malade qu'en prenant sur la petite région ovarienne.

Le travail a commencé dans la nuit du 19 au 20 novembre vers 9 h. 1/2 du soir. A 2 h. du matin, l'orifice utérin mesurait 2 cm. de diam. Pendant toute la durée du travail, l'hypnotisation a été absolument impossible soit par la fixité du regard, la pression oculaire, la lumière du magnésium.

Inhalation d'éther et de chloroforme jusqu'à l'analgésie ; la malade dit qu'elle ne souffre plus (avant, elle gémissait continuellement.)

On poussa plus loin le chloroforme, d'où anesthésie, sommeil.

A aucun moment entre l'anesthésie totale et le retour à l'état normal, on ne peut déterminer le sommeil hypnotique.

A 7 h. 1/2 : Dilatation complète. A 9 h. le placenta est expulsé : l'hypnotisation était encore impossible à ce moment. A 5 h. 25, la malade est hypnotisée par la fixité du regard.

OBSERVATION XXXII (résumée).

Hypnotisme provoqué pendant la grossesse et le début du travail. Action de la compression des ovaires. Dédoublement de la personnalité, par M. le docteur Porack, accoucheur des hôpitaux.

V..., 22 ans. Réglée à 14 ans. Depuis leur première apparition, elle a commencé à avoir des attaques de nerfs qui revenaient tous les deux mois ou tous les trois mois, à l'époque de la menstruation.

Trois jours avant l'accouchement, les crises cessèrent, l'accouchement fut régulier et sans fortes douleurs. L'enfant vit et jouit d'une bonne santé.

Après son accouchement, elle reste 18 mois sans avoir d'attaques, mais, à la suite d'une émotion vive, elles reparurent avec la même fréquence, la même intensité, la même durée qu'avant la grossesse, c'est-à-dire tous les deux ou trois mois, ayant une durée de 5 à 10 minutes.

Elle devient enceinte de nouveau (dernières règles, le 20 avril 1885).

On observe, comme la première fois, la plus grande fréquence des crises et leur durée (30 minutes), plus longues par conséquent ; la fréquence va toujours en augmentant (3 par jour pendant les premières semaines du neuvième mois), ce qui la décide à aller trouver un médecin qui lui fit prendre 2 grammes de chloral par jour.

Le 22 janvier, à midi, V... entre à la maternité de l'hôpital Saint-Louis. Elle est enceinte à peu près de huit mois et demi.

Utérus volumineux, développé. Bruits du cœur fœtal à gauche. Col ramolli, non effacé.

Un point douloureux à gauche dans la cavité abdominale et correspondant au siège de l'ovaire.

Tout à coup sa tête se déjeta en arrière, ses bras se mirent dans l'extension et perpendiculairement à l'axe du corps. L'avant-bras était en supination forcée, les pouces fléchis sur les doigts ; agitation, mouvements désordonnés du bassin, grands mouvements inspiratoires. Perte de connaissance complète, contorsion des lèvres.

La compression sur l'ovaire gauche ne modifia pas la crise.

Au bout d'une demi-heure, la malade revient à elle, ignorant ce qui s'était passé et n'ayant pas senti venir sa crise, qu'elle présentait cependant quelquefois. Elle se plaint d'un violent mal de tête et son point douloureux persiste toujours au même endroit.

En présence de ces symptômes caractéristiques, nous pûmes diagnostiquer une attaque d'hystérie.

Deux heures après, elle eut une quatrième attaque semblable à celle dont nous venons de décrire les principaux traits.

23 janvier. — Pas de crises. Même état. Ovaire gauche toujours aussi sensible.

Vu l'état nerveux de la malade, nous essayâmes de l'hypnotiser. Par la compression des globes oculaires, ou la fixation d'un point lumineux, nous y parvînmes facilement. On la fit passer sans difficulté par l'état de catalepsie, de léthargie, de somnambulisme. La pression sur l'ovaire ne détermine pas le même état, ni ne le fait cesser lorsqu'il existe.

L'ovaire, qu'on sent très nettement à travers la paroi abdominale à gauche, est très douloureux à l'état de veille, insensible dans l'hypnotisme. On peut en effet le comprimer sans que la malade s'éveille ou donne signe de douleurs.

Le toucher vaginal, douloureux également, à l'état de veille, n'éveille chez notre névropathe aucun sentiment de douleur et ne peut la faire sortir de son sommeil.

Les 24, 25, 26, 27, 28, 30 et 31, pas de crises ; ovaire gauche

toujours très-douloureux. La malade, hypnotisée de nouveau, présente les mêmes phénomènes que ceux des jours précédents. Elle s'endormait avec une facilité extrême et ses ovaires, particulièrement à gauche, ont toujours été trouvés insensibles dans l'hypnotisme, alors qu'à l'état de veille le gauche était fort douloureux.

1^{er}, 2 février, même état, mêmes observations.

Le 3. Crise. L'hypnotisation au début de la crise a été impossible par la pression sur les yeux.

Le 4. Malade, facilement hypnotisable, mêmes phénomènes.

Le 5. Les premières douleurs commencent à deux heures et demie du matin ; elles sont peu intenses au début, se renouvelant seulement tous les quarts d'heure. A cinq heures, elles sont plus fréquentes, mais toujours aussi courtes. La malade est hypnotisée dans l'intervalle des douleurs. Au moment où celles-ci apparaissent, on remarque une contraction des muscles du front et de la face ainsi que quelques mouvements convulsifs dans les bras. Il semble que cette douleur, dans l'état de sommeil, accompagne une contraction moins énergique de l'utérus. Du reste, la malade ne se réveille pas, et quand on la réveille après deux douleurs consécutives, dont le rythme n'est point troublé, elle ne se rappelle de rien et croit avoir dormi.

A six heures et demie, les douleurs deviennent plus fortes et plus rapprochées. La malade, hypnotisée dans l'intervalle des douleurs, se réveille au moment où elles vont apparaître ; alors elle se frotte les yeux comme quelqu'un qui sort d'un profond sommeil (elle le croit du reste), et donne immédiatement la sensation de ce qu'elle éprouve. La douleur n'a pas l'air atténuée.

A sept heures, il est impossible d'endormir la malade, même dans l'intervalle des douleurs.

A sept heures et demie, elle accouche. Accouchement régulier, enfant bien portant.

Pendant l'expulsion du fœtus, les douleurs ont été fréquentes et vives, l'hypnotisme impossible.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, la malade a pu être

hypnotisée. La délivrance s'est faite sans qu'elle s'en aperçoive. Une injection d'eau chaude (45°) lui a été faite ; un suppositoire d'iodoforme a été placé dans l'utérus, et la nouvelle accouchée n'a absolument rien senti. En effet, réveillée aussitôt après, elle demandait si la délivrance était faite et se refusait à croire qu'on lui avait donné une injection.

Des phénomènes particuliers ont été observés pendant les états d'hypnotisme et de veille successifs par lesquels on a fait passer cette malade. On a pu au début lui suggérer différents actes, comme par exemple de tricoter.

Dans les états de sommeil, elle se rappelait ce qu'elle avait fait dans l'état de sommeil précédent et avait oublié ce qu'elle avait fait pendant l'état de veille. On peut donc en conclure qu'éveillée, elle ne se souvenait pas des douleurs qu'elle avait ressenties pendant le sommeil. C'est ainsi qu'hypnotisée après la délivrance, elle s'est rappelée qu'on lui avait extrait le placenta et qu'on lui avait donné une injection chaude, toutes circonstances dont elle n'avait aucun souvenir dans l'état de veille. Cette duplicité du moi est intéressante à signaler.

OBSERVATION XXXIII.

Un accouchement dans l'Hypnose, 7 septembre 1885.

Par Ed. Pritzl, assistant de Carl Braun, à Vienne.

(Observation traduite par mon cher collègue, Potoki, interne des hôpitaux).

Comme à ma connaissance il n'a pas été publié d'accouchement pendant le sommeil hypnotique, je crois intéressant de donner la relation du fait suivant :

M..., domestique, 26 ans, célibataire, est reçue le 20 septembre 1885, dans le service de M. Braun ; de bonne santé habituelle, elle nie en particulier n'avoir jamais eu de troubles nerveux.

Réglée à 14 ans, règles régulières et sans douleurs. Dernières

règles fin janvier 1885 ; elle n'a jamais souffert des troubles nerveux dont tant de femmes enceintes se plaignent.

En faisant le toucher, mon élève le Dr Sergent qui pendant longtemps a suivi les cours de Charcot, émit l'idée que cette personne était facilement hypnotisable. Nous la fîmes asseoir aussitôt et tenant à environ vingt centimètres au-devant de ses yeux le réservoir brillant d'un thermomètre, nous lui avons recommandé de le fixer avec les deux yeux, et nous avons déplacé le réservoir lentement du côté du front et un peu en haut : à peine ses yeux convergèrent-ils en haut qu'elle se renversa sur la chaise sans connaissance et insensible. J'ai répété un grand nombre de fois l'expérience pour mon instruction personnelle. La rapidité avec laquelle le sommeil hypnotique était ainsi déterminé, était véritablement surprenante. Dix secondes de fixation du réservoir thermométrique suffisaient à rendre cette femme insensible aux piqûres d'aiguilles, au frottement des fosses nasales avec les barbes d'une plume, le coloris du visage, la respiration, le pouls n'étaient pas modifiés. Les muscles des membres étaient dans le relâchement, elle ne faisait aucune résistance pendant l'exploration vaginale, fréquemment les paupières étaient animées de mouvements convulsifs, les yeux étaient tournés en haut, et regardaient en dehors, les pupilles réagissaient immédiatement, les reflexes tendineux étaient conservés. En cherchant à lui faire fixer le réservoir thermométrique dans la station debout, ses jambes ploïent aussitôt. Les bruits du cœur ne sont nullement modifiés pendant la léthargie. Je ne saurais dire combien de temps le sommeil hypnotique aurait pu durer, car dans l'intérêt de la femme, je la réveillais toujours au bout d'un quart d'heure ou au plus d'une demi-heure.

Pour réveiller la malade, il suffisait d'une secousse du corps, de souffler sur les yeux ouverts, de frotter la poitrine avec des serviettes trempées dans l'eau froide ; alors elle se frottait les yeux, jetait à droite et à gauche des regards étonnés, et reprenait peu à peu connaissance. Après chaque expérience elle assurait qu'elle se sentait très bien. Dans la nuit du 30 au 31 novembre se manifesta-

rent les premiers signes du travail ; le 31 octobre au matin, le fœtus est en OIDA, la tête est dans l'excavation, l'orifice est perméable pour deux doigts. Les douleurs étaient faibles, mais duraient longtemps et n'étaient séparées que par de courts intervalles. La parturiente passa la majeure partie de la journée assise sur son lit, se plaignant de douleurs de reins très vives. A 8 h. du soir, l'orifice était perméable pour trois doigts. Je rompis la poche des eaux, aussitôt les contractions utérines et douleurs devinrent plus fortes. La parturiente entra alors dans une période d'excitation inouïe, elle se jetait dans son lit à droite et à gauche, gémissait et criait, et en dehors des intervalles extrêmement courts séparant les contractions, elle n'avait aucun instant de calme. Immédiatement se manifestèrent les symptômes des douleurs expulsives ; à cette période il me parut convenable d'expérimenter le sommeil hypnotique obtenu par la méthode déjà essayée. Ce n'est que difficilement que la malade agitée par les douleurs pût fixer le réservoir du thermomètre éclairé avec une lampe tenue derrière l'épaule de la malade.

Après un regard timide, jeté sur le point réfléchissant, elle retomba en arrière, insensible et sans connaissance.

La physionomie de l'accouchement dans l'hypnose différa considérablement de son aspect avant l'établissement de léthargie. Les douleurs devinrent plus énergiques et duraient chacune 50 secondes ; pendant l'acmé de ces douleurs les contractions utérines étaient accompagnées de contractions abdominales très énergiques, aussi énergiques qu'on a l'habitude de les observer chez les femmes qu'on a engagées à pousser le plus fortement possible. Pendant les douleurs, la parturiente était insensible ; elle pliait avec force son avant-bras gauche, et il survint un certain degré de contracture de la jambe gauche. En même temps la femme jetait la tête inconsciemment à droite et à gauche, fronçait les sourcils, gémissait. Dans l'intervalle des contractions, toutefois elle était tranquille comme pendant le sommeil naturel. L'orifice, auparavant perméable pour trois doigts, arriva rapidement à la dilatation complète ; à la douzième contraction, le sommet appuyait

sur le périnée. A 11 heures 15 minutes la mère accoucha d'un enfant bien portant, du sexe féminin, du poids de 2900 gr., de 50 cent. de long et de 34 cent. de circonférence céphalique. Après cinq minutes de repos, contractions énergiques de l'utérus durant en moyenne 30 secondes. Le fond de l'utérus qui, après l'expulsion du fœtus, arrivait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, remontait graduellement à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic pendant que le diamètre transverse de l'utérus diminuait. A la quatorzième contraction le placenta parut dans le vagin, après quoi les contractions utérines cessèrent.

Après trois quarts d'heure, j'exerçai sur le cordon de légères tractions, et à minuit le délivre était extrait du vagin ; aussitôt le fond de l'utérus descendit au-dessous du niveau de l'ombilic. Nous réveillâmes ensuite la parturiente en l'appelant à haute voix, en la secouant, et plus efficacement en lui mettant sous le nez un flacon d'alcali volatil.

L'état de la femme après le réveil d'un sommeil hypnotique de cinq quarts d'heure ne présentait rien de particulier, elle s'étonnait seulement de la terminaison de l'accouchement. Elle affirmait se rappeler le moment où je lui demandai de fixer le thermomètre, et nous assurait avoir bien dormi, elle se trouvait actuellement très bien ; les suites de couches ont été normales.

Dans cette communication, plusieurs points me paraissent dignes d'intérêt : 1° il est surprenant qu'il ait été possible pendant un acte aussi mouvementé de l'accouchement, de déterminer le sommeil hypnotique avec autant de facilité et de rapidité ;

2° Il est remarquable que les douleurs aient eu pour effet de déterminer par action réflexe les contractions des muscles abdominaux sans ramener le sentiment à la malade ;

3° Il était évident que l'état d'hypnotisation avait accéléré la marche de l'accouchement, car mes collègues présents, et moi, nous nous attendions à une observation de plusieurs heures. L'orifice utérin se dilata sous l'effort régulier des contractions plus rapidement que nous l'espérions, et ce stade d'expulsion ne demanda chez cette femme primipare que quelques minutes.

4^e Caractéristique fut aussi la période de délivrance, les contractions énergiques ayant duré trois quarts d'heure amenèrent en majeure partie le décollement du placenta. L'hémorrhagie accompagnant la délivrance arriva à peine à 300 gr.

Je m'abstiens avec intention de tirer d'autres conséquences de cet accouchement ; toutefois, il y a là matière à examen pour les neuropathologistes. Je veux, cependant, ajouter que l'hypnotisation a parfaitement réussi chez deux autres femmes enceintes de notre service, toutefois avec moins de rapidité et moins complètement que dans le cas précédent.

Je dois encore à l'obligeance de mon cher collègue Potock, interne de M. Siredey, licencié ès-science, l'observation suivante.

Il s'agit d'une hystérique devenue enceinte. L'hypnotisme a été plus difficile qu'en dehors de l'état de grossesse. Léthargie, catalepsie, contractures provoquées par le choc ou le frôlement léger de la peau ; suggestions diverses pendant le sommeil.

OBSERVATION XXXIV.

S... âgée de 20 ans, née à Paris, couturière, entre le 18 novembre 1886; salle Sainte-Claire, n° 19, service de M. le Dr Siredey.

Son père est mort, il y a trois ans, d'une maladie de cœur ; il aurait eu pendant plusieurs années des crises de nerfs avec perte de connaissance.

Sa mère n'est pas nerveuse, est bien portante.

Il y a eu 9 enfants dans la famille, sept sont morts en bas âge de maladies aiguës. S... a encore une sœur qui a eu et a encore des attaques de nerfs précédés de boules hystériques.

S... a eu vers 12 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui la força à garder complètement le lit pendant 8 jours ; il

n'est pas resté après le rhumatisme de palpitations de cœur ; à aucun moment, la malade n'a eu d'œdème des membres inférieurs.

Réglée à 11 1/2, les règles sont régulières et durent 3 à 4 jours.

A 17 ans, à la suite d'une émotion causée par la mort de son père, S... vit ses règles s'arrêter pendant deux mois pour réapparaître ensuite avec la même régularité. De cette époque datent les premières crises nerveuses.

Un interrogatoire nous apprend que S... étant jeune, a été surprise plusieurs fois par sa mère, se levant la nuit et se promenant dans la chambre, silencieuse, en somnambule. Au réveil, elle ne se rappelait pas ce qu'elle avait pu faire pendant l'état de somnambulisme et était très étonnée des détails qu'on lui fournissait.

La première année, les attaques de nerfs venaient une fois tous les mois. La deuxième année, elles ont augmenté de fréquence et d'intensité et cette marche progressive n'a fait que s'accroître jusqu'au commencement de 1886 ; il en survenait jusqu'à 6 ou 7 par jour. Dans ces derniers temps elle a eu à plusieurs reprises le soir des hallucinations de la vue ; il lui semblait voir des maisons, des bêtes... ; jamais cependant, sauf pendant le sommeil, elle n'a eu de vertige.

Les attaques de nerfs ne se produisaient jamais brusquement : tantôt elles étaient précédées pendant un quart d'heure de la sensation de boule, remontant à la gorge, gênant la respiration et la déglutition ; il semblait, nous dit S..., qu'elle avait des pelures de pommes dans la gorge et qu'elles ne voulaient pas descendre.

D'autrefois, c'était plusieurs heures avant l'attaque qu'elle éprouvait une sensation de malaise général, d'énervement qui lui faisait pressentir l'accès.

Celui-ci terminé, et on a constaté à la Salpêtrière qu'elle était franchement hystérique, survenait une période de prostration qui faisait place le lendemain à de la fatigue et à un endolorissement général. En 1883, première grossesse.

Les attaques de nerfs continuèrent à se produire pendant les trois premiers mois, mais disparurent tout à fait dans les six der-

niers. Accouchement spontané à terme le 6 février 1883 après un travail de 52 heures pendant lequel elle a eu deux attaques. Suites de couches normales, allaitement pendant 8 jours. L'enfant bien portant mis en nourrice est aujourd'hui vivant et bien portant.

Un mois après l'accouchement, la malade a eu des hémoptysies accompagnées de douleurs dans les épaules; elle cracha le sang pendant 3 à 4 semaines, puis tout rentra dans l'ordre. Elle tousse un peu depuis cette attaque et a fréquemment la voix enrouée, mais il ne s'est pas produit de nouvelle hémoptysie. Les premières règles n'apparurent que deux mois et demi après les couches, pour revenir ensuite très-régulièrement. Quant aux attaques de nerfs, elles reparurent et allèrent, comme nous l'avons dit, en s'accusant chaque jour davantage.

A la Salpêtrière où S... vint consulter en février 1886, on lui dit qu'elle était hystérique et on la soumit au traitement par les douches, l'électrothérapie. Bientôt on reconnut qu'elle était hypnotisable et on l'endormit un grand nombre de fois. Je dois à l'obligeance de M. Moloss qui seul, d'ailleurs, réussit à l'hypnotiser, nombre de renseignements qui vont suivre. La vue d'un objet rouge vif suffit à l'endormir; aussi ne fixe-t-elle jamais de rouge et refuse-t-elle de regarder toute couleur rouge qui pourrait l'endormir. Le regard fixe de l'observateur était le mode ordinaire employé; dans les derniers temps, le simple regard produisait le sommeil. Il n'y avait pas de simulation, car on a reproduit chez S... pendant la période cataleptique de l'hypnotisme les phénomènes somatiques qui lèvent tous les doutes.

S... m'assure ne pas se rappeler qu'on l'endormait, ne pas se souvenir de ce qui lui arrivait pendant son sommeil, elle ne sait qu'elle est hypnotisable et qu'elle a été hypnotisée que par ce qu'on lui a dit. Mais depuis lors, son attention a été éveillée sur son somnambulisme naturel et elle donne les renseignements que nous avons donnés plus haut sur ses promenades nocturnes, alors qu'elle était jeune. Elle se souvient aussi que depuis longtemps la vue des rideaux rouges de son lit lui enlevait le sentiment et

qu'elle était obligée de se détourner pour ne pas perdre connaissance, dit-elle. Plusieurs fois il lui est arrivé de se rendre en retard à l'atelier et elle attribue ce fait à ce qu'elle s'est endormie sous l'influence du rouge.

Du mois de février jusqu'en août, S... se rendit régulièrement à la Salpêtrière. En juillet, on s'aperçut qu'elle ne répondait plus si bien à l'hypnotisation, qu'elle refusait de se laisser endormir. On pensa aussitôt à la grossesse et M. Moloss engagea S... à venir à la consultation de gynécologie de Lariboisière. Les dernières règles dataient du 22 mai ; à la fin de juillet, le diagnostic porté par M. Siredey fut : gros utérus, fixe, léger degré de pelvi-péritonite, vulvo-vaginite. Il était impossible encore d'affirmer la grossesse. Le 25 août, je trouvai l'utérus gros comme à trois mois environ de grossesse, les seins avaient augmenté de volume, les tubercules de Montgomery étaient très-apparents ; je crus devoir affirmer la grossesse, malgré l'affirmation que me donna la malade d'avoir revu ses règles les 22, 23 et 24 août, tout écoulement sanguin avait d'ailleurs disparu la veille au soir.

J'ai eu plus tard l'explication de cette perte : on avait suggéré à la malade hypnotisée de revoir ses règles à leur époque habituelle, au mois d'août ; elle eut, en effet, une hémorrhagie qui dura trois jours et qu'elle considéra comme une sorte d'avortement.

Elle avait en outre une vulvo-vaginite intense sans granulation, de la cystite avec épreintes très douloureuses après chaque miction, les mictions se reproduisant toutes les demi-heures environ.

On prescrivit de l'eau de Vichy, des capsules de Santal et des injections de décoction d'eau de guimauve et de pavot et, au besoin, des lavements laudanisés. Mais les douleurs devinrent telles que deux jours après, S... avala d'un trait six grammes de laudanum dans le but de s'empoisonner. Des soins énergiques qui lui furent donnés aussitôt empêchèrent l'éclosion d'accident.

La grossesse suivit après cela son cours. Les douleurs vésicales et inguinales s'amendèrent un peu.

Le 7 novembre, à la suite d'une chute dans l'escalier, S... perd du sang pendant trois jours, mais en faible quantité et, assure-t-elle, goutte à goutte après chaque miction.

Enfin, son état ne s'améliorant pas, elle demande à être admise dans le service, où on la reçoit le 18 novembre.

Elle se plaint seulement d'envies fréquentes d'uriner, survenant toutes les demi-heures, de leucorrhée abondante, de douleurs et cuisson vulvaires, de douleurs dans l'aîne gauche. A l'examen, on trouve un ventre souple, sillonné par les vergetures de la première grossesse, un utérus remontant légèrement au-dessus de l'ombilic, avec ballottement céphalique, un fœtus unique et vivant. La vulve est rouge, sans altération, il y a une varice de la grande lèvre gauche. — Le vagin est fortement congestionné, très douloureux au toucher, et à l'examen au spéculum on voit s'écouler un liquide purulent. Le col utérin a toute sa longueur, il est ramolli, son orifice externe est à peine entr'ouvert, on ne perçoit pas de ballottement dans le cul-de-sac antérieur. Les seins, volumineux, avec circulation veineuse très accusée et tubercules de Montgomery, laissent écouler du colstrum spontanément et à la pression. Il y a de nombreuses varices aux membres inférieurs, tant aux jambes qu'aux cuisses. L'état général est excellent, l'appétit exagéré, il y a de la boulimie maintenant comme avant la grossesse. Les fonctions digestives sont normales ; l'urine (2, 4 litres par jour) est troublée ; le dépôt est peu abondant, elle ne contient ni sucre, ni albumine. Rien au cœur, ni aux poumons. Il n'y a ni paralysie, ni contracture ; les sensibilités spéciales sont intactes. En explorant la sensibilité au contact et à la piqure, on trouve des zones irrégulières d'anesthésie, surtout étendues au côté gauche. C'est seulement de ce côté que la malade éprouve des fourmillements, des élancements qu'elle compare à des traits de feu, des engourdissements et des crampes.

Le 22 novembre, M. Mollos veut bien endormir la malade devant moi. Mais celle-ci résiste, le supplie de ne pas l'hypnotiser et il est obligé de lui immobiliser la tête avec les deux mains et de

lui maintenir les paupières baissées et les globes oculaires immobiles avec les pouces. Elle se renverse bientôt endormie sur son lit après avoir passé par une période convulsive. On lui ouvre les yeux, elle entre en catalepsie ; sa respiration et son pouls sont normaux ; mais elle ne répond à aucune excitation, elle est insensible ; si on lui lève le bras elle le laisse sans trembler dans la situation où on l'a mis et cela autant qu'on le désire. On n'éprouve aucune difficulté à faire mouvoir les membres, ils se laissent fléchir sans la moindre résistance comme de la cire. Les pupilles sont contractées, égales, ne réagissent pas à la lumière, les cornées sont insensibles ; un flacon d'ammoniaque porté sous le nez produit de légères contractions de la face. Pendant que le bras est soulevé et immobile, il suffit de frôler légèrement la peau de l'avant-bras pour voir les faisceaux musculaires correspondants se contracter isolément ; c'est ainsi qu'on peut obtenir la flexion de tous les doigts, la flexion isolée de l'index, du médius, la flexion du poignet, la pronation, etc.

Non seulement il a été plus difficile qu'avant la grossesse d'endormir la malade qui tombait en somniation au premier regard, mais encore il est plus difficile d'obtenir chez elle les phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaires et ces phénomènes sont moins nets et moins durables. On peut cependant après avoir amené la moitié du corps en léthargie par l'occlusion des paupières obtenir par le choc la contracture des muscles percutés, mais cette contracture est légère et dure peu. En mettant de nouveau le flacon d'ammoniaque sous les narines, on dit à S.. « C'est du Lubin » elle sent alors sans faire aucun geste de douleur et quand on lui retire le flacon, elle tend la main pour le reprendre. S'étant assise sur son lit, on lui joint les mains comme dans une attitude passionnelle. Interrogée sur ce qu'elle voit, elle dit voir un jardin plein de fleurs dans lequel il est défendu d'entrer. On lui demande d'y entrer, elle le fait et aussitôt elle voit des serpents sur lesquels elle marche, elle en voit un grand nombre qui lui font peur ; elle manifeste, en effet, sa frayeur par des cris et sa face exprime l'horreur ;

elle supplie qu'on lui permette de quitter le jardin ; ses paroles, ses mains jointes, sa physionomie reproduisent un tableau bien exact de la supplication.

On lui suggère ensuite de dire le lendemain à M. Siredey qu'elle n'a jamais été à la Salpêtrière, de nier qu'elle ait été hystérique, et on lui demande d'oublier tout ce qu'elle vient de faire et d'entendre. Enfin on lui dit de se réveiller dans cinq minutes. Elle se couche aussitôt sur son oreiller et dort d'un sommeil calme. Cinq minutes après exactement elle se réveille, ne se souvenant pas de ce qui s'est passé. Elle voit cependant qu'elle vient de dormir, et s'excuse de l'impolitesse qu'elle nous a faite de dormir dans notre société. Elle se plaint de l'intensité de la lumière, mais elle prend part de suite à la conversation sans paraître autrement fatiguée par le sommeil.

Le lendemain M. Siredey lui demandant où elle a connu M. Molloss, elle dit qu'elle ne se le rappelle pas (c'est à la Salpêtrière), et malgré des efforts de mémoire elle ne parvient pas à le dire.

Le soir, à la contre visite, elle me dit être toute honteuse de n'avoir pu répondre à la question de M. Siredey, mais ajoute qu'il lui était absolument impossible de se rappeler ce détail, dont elle se ressouvenait, d'ailleurs, quelques minutes plus tard.

23 novembre. — La systite et la vaginite étant améliorées, la malade demande son exeat.

CONCLUSIONS

1° La grossesse est une cause favorable au développement de l'hystérie : elle peut apparaître pour la première fois pendant la grossesse et à plus forte raison réapparaître à ce moment quand elle avait cessé d'exister depuis un temps plus ou moins long.

2° C'est la première gestation en général qui provoque le développement de la névrose ; toutefois l'influence répétée de la grossesse sur son apparition est incontestable.

3° L'hystérie, que la grossesse fait naître, doit être considérée sous un point de vue bien différent de celui qu'elle présente lorsqu'elle attaque la femme dans les autres circonstances de la vie. Le produit de la conception, contenu dans l'utérus, jouant le rôle de cause excitante, l'accouchement qui est l'expulsion de cette cause met fin à l'hystérie ou du moins la diminue.

4° L'hystérie peut se montrer sous plusieurs formes : hystéro-épilepsie, hystérie simple, paralysie, ovaralgie, syncope, catalepsie, toux.

Il resterait à étudier une forme gastrique.

5° Elle peut s'associer à l'épilepsie, la chorée, l'éclampsie.

6° Il y a immunité des convulsions hystériques pendant le travail de l'accouchement : c'est à ce moment surtout que l'on voit se produire les syncopes et la folie hystérique.

7° En général l'hystérie ne trouble pas beaucoup la grossesse; les suites de couches sont bonnes; quelquefois cependant elle altère gravement la santé de la mère, et peut produire l'avortement ou l'accouchement prématuré.

8° Pendant le travail de l'accouchement, l'hypnose a parfaitement réussi, et a mis fin aux douleurs si violentes que la femme hystérique ressent à ce moment.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alègre (the Paris 1837) : Discussions sur l'épilepsie et l'hystérie.

Atenfeld : Traité des névroses, 1863.

Brachet : Traité de l'hystérie, 1847.

Brémaud : Compte-rendu de la société de Biologie, 1883.

Briquet : Traité clinique et thérapeuthique de l'hystérie. Paris, 1859.

Budin et Féré (Arch. de neurologie, n° 9) : Note pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie.

Burlureau : Mémoire sur la folie des femmes enceintes.

Burrows : Commentaries on the causes, forms and treatment of insanity. London, 1828.

Capuron : Traité des maladies des femmes (1817).

Cazeaux : Traité d'accouchement.

Charpentier : Contributions à l'étude des paralysies puerpérales.

Charrier : Ann. de gynécologie. t. I.

Chaussier : Considérations sur les convulsions qui attaquent la femme enceinte.

Churchill : Traité pratique des maladies des femmes.

Culler : Magnétisme et hypnotisme.

Debove : Bulletin de la société médicale des hôpitaux, 1885.

Dubois, d'Amiens : Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie. Paris, 1837.

Dubrisay : Ann. méd. psych., 1858.

Dumont (thè. Paris, 1863) : Recherches et observations sur l'hystérie.

Dunant (thè. Paris, 1862) : Hystéro-épilepsie

Engelmann. — Thè. hystero-neuroses with especial referent to the menstrual hystero-neuroses of stomach.

Esquirol. — Traité des maladies nerveuses.

Gueniot. — (Thè. agr. 1863). Vomissements incoercibles.

Imbert. — Traité théorique et pratique des maladies des femmes.

Is. Farry. — Fregnancy and labcur in epilectu Women. Americ. Journ. of. obstet. Vol VIII.

Ch. Lachaux. — De la manie hystérique. Paris, 1857.

Landouzy. — (1848). Traité complet de l'hystérie.

Lasègue. — Mémoire sur la toux hystérique. Archives générales de médecine, 1854.

Laycock. — The Edimburgh medical an surgical, Journal, 1858.

Lebreton. (Thè. Paris, 1868) — Paralysies hystériques.

Legrand du Saule. — Les hystériques, état psychique et mental, 1882.

Le Rolland (Thè. Paris, 1879), — Influence de la grossesse sur la marche de l'hystérie et de l'épilepsie.

Moreau (de Tours). — Traité pratique de la folie névropathique, (Paris, 1869.)

Nicolle (Thè. Paris, 1839). — Recherches sur le développement et le transfert de l'hystérie.

Paquiez (Th. F. 1866). — Quelques considérations sur l'hystérie.

Pastarello. — Phénomènes convulsifs dans la grossesse (in lo sperimentale, 1860).

Peter. — Manie puerpérale (progrès médical, 1875).

P. Richet. — Etude sur l'hystéro-épilepsie. 1881.

Rendu. — Lyon médical. 1881.

Rey (Th. 1858). — Remarques sur quelques points de l'hystérie.

Sandras. — Des maladies nerveuses.

Tarnier. — Traité d'accouchement.

Veill (Thè. Strasb. 1851). — Sur la folie puerpérale.

Waren. — The hystero-nervosis of the Stomach in Pregnancy, in the New-York, méd.

Vu :

le président de la thèse,

TARNIER.

Vu :

Le doyen de la Faculté,

BÉCLARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

